

3^{er} Congreso Internacional **Cuidado de la Salud**



Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud

Compilador: Universidad Mariana

Editor: Luis Alberto Montenegro Mora

Fecha de publicación: Julio 2016

Páginas: 374

ISBN: 978-958-59625-1-4

Info copia: 1 copia disponible en la Biblioteca Nacional de Colombia

Existencias

Biblioteca Nacional de Colombia

Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud

Compilador: Universidad Mariana

Editorial: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: Julio 2016

Páginas: 374

ISBN: 978-958-59625-1-4

Edición: Primera

Pie de imprenta: San Juan de Pasto, Universidad Mariana, julio 2016

Formato: Digital

Colección: Libros de Evento

Materia: Investigación

País /Ciudad: Colombia/ San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/issue/current/showToc>

El libro se incluirá en el RILVI: Sí

Tipo de contenido: *Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud*

© Universidad Mariana

Universidad Mariana

Hna. **Amanda del Pilar Lucero Vallejo** f.m.i.
Rectora

Hna. **Marianita Marroquín Yero**vi f.m.i.
Directora Centro de Investigaciones

Carlos Criollo Castro
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Luis Alberto Montenegro Mora
Director Editorial UNIMAR

Organizadores

Grupo de Investigación VISAGE I
Programa de Enfermería Universidad Mariana

Compiladora
Mg. Mildred Rosero Otero

Comité Organizador

Esp. Carmen Ofelia Narváez
Esp. Janeth Torres
Mg. Claudia Chaves
Mg. Karina Gallardo
Mg. Mildred Rosero Otero

Publicidad y marketing

Esp. Janeth Torres

Organización de ponencias

Mg. Claudia Chavez

Mg. Mildred Rosero Otero

Mg. Karina Gallardo

Editorial UNIMAR

Luis Alberto Montenegro Mora

Director Editorial UNIMAR

Ana Cristina Chávez López

Corrección de Estilo

David Armando Santacruz Perafán

Diseño y Diagramación

Correspondencia

Editorial UNIMAR

Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Calle 18 No. 34-104

Tel: 7314923 Ext. 185

E-mail: editorialunimar@umariana.edu.co

Depósito legal

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Luis Carlos Galán Sarmiento, Congreso de la República de Colombia, Dirección General Administrativa, Carrera 6 No. 8-94 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Central Gabriel García Márquez, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Carrera 45, No. 26-85 Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural Leopoldo López Álvarez - Área Cultural del Banco de la República de Pasto, Calle 19 No. 21-27 San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Rivas Sacconi, Instituto Caro y Cuervo, Sede Centro, Calle 10 No. 4-69 Bogotá D.C. y sede Yerbabuena, Kilometro 24 autopista Norte Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural y Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, Calle 170 No. 67-51 Bogotá D.C., Colombia.

Parque Biblioteca España, Cra. 33B # 107ª - 100, Medellín, Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34-104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, Universidad de Nariño, Calle 18 Carrera 50, Ciudad Universitaria Torobajo, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible: Universidad Mariana, Oficina de Relaciones Públicas, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34-104, Tel: 7314923 Ext. 146

Cítese como: Universidad Mariana (comp.). (2016). *Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud*. San Juan de Pasto, Colombia: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial del material aquí consignado, sin fines comerciales, siempre y cuando se cite la fuente respectiva.

Experiencias

Yo/nosotros en armonía con tu/otros y el cuidado transpersonal - humanizado en sexualidad Carmen Ayde Fernández Rincón	11
Lactancia materna intrahospitalaria a la luz de la Teoría del cuidado informado de Kristen Swanson Erika Melania Cañas Lopera	15
Cuidado Canguro Intrahospitalario Karen Estefani González Aragón, Angie Carolina Guerrero Benítez, Ingrid Lorena Montoya Fernández, Claudia Nathaly Rosas Palomino	23
Una mirada desde Kristen M. Swanson a las prácticas de cuidado de la mujer gestante Nathalia Girón Pineda, Diego Alexander Guerrero Chávez	25
Propuesta de cuidado para un trato diferente a la gestante adolescente, fundamentada en la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson Magdely Prado Galarza, Gehovel Rocío Montes	29
Dispositivos pedagógicos para la comprensión y aplicación de la Guía Práctica Clínica de ITS/ITG Julián David Martínez Rico, Daniel González Roldán, Fernando Antonio Gañan Largo	31
Juego, arte y trabajo: elementos para el cuidar desde la educación para la salud Mary Cielo Florez García	37
Escribirse... una experiencia para cuidar Cruz Deicy Jaramillo Bolívar	41
Clown – enfermera. Amor y cuidado, receta perfecta Ana María Soto González	45
Percepción de los cuidados de enfermería al otro lado de la puerta: la experiencia de una enfermera con cáncer Andrea Milena González Martínez	49
Actividad académica básica: “Cuidado transpersonal: humanizando el ser y quehacer del enfermero en formación” Brahyan Stiven Ospina Buitrago, Juan Camilo Cifuentes Villaquirán, Natalia Benavides Restrepo, Marisol Rodríguez Dagua, Valentina Merchán Sánchez	53
Enfermería lidera el cambio en priorizar el primer contacto madre-recién nacido Erika Johanna Vargas Tirado	57
Reconocimiento del profesional de enfermería como persona humanizada, en una institución de salud del departamento del Quindío, Colombia Juan Camilo Cifuentes Villaquirán, Natalia Benavides Restrepo	59
Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia Jeny F. Castañeda Méndez, Judy Ximena Ramos Garzón	63
Con dedicación y amor, aliméntalos mejor Yesica Yourlin Guzmán Ospina, Mauricio Alexander Oviedo Coral	73
El Valor del Cuidado de Enfermería en un Proyecto de Vida Gabby Jojoa	75
Faroles al hospital: devenir de la humanización en la Escuela de Enfermería Universidad del Valle 2012 – 2014 Yamileth Castaño Mora	79
Quiereme Cuidame Protegeme Nohora Ortega C.	83

Ponencias

Cuidando en el aula desde una electiva profesional Ana Patricia Pérez Saavedra, Nancy García García, Bayron Manuel Ruiz	93
Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado Adiela Henao Buriticá, Nancy García García, Carmen Ayde Fernández Rincón	103
Cuidado humanizado en la salud familiar Edna Johana Mondragón Sánchez	117
Navegación de pacientes con cáncer de mama: estrategia basada en la Teoría de los cuidados Luzmila Hernández Sampayo	129
Adherencia terapéutica: una experiencia de cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas Luisa Fernanda Galvis Palacios, Jenny Katherine Díaz Fernández, Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez	133
Empoderamiento comunitario: análisis desde investigación acción participativa en la creación de cinco microempresas, Guapi-Cauca 2015 Yenny Marcela Barreto Zorza, Vilma Florisa Velásquez G., Alba Lucero López	143
Validez y confiabilidad de una Escala de Cuidado. Profesional en español Lucy Marcela Vesga Gualdrón	153
Capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de los niños y las niñas con cáncer del servicio de Oncólogos de Occidente de Manizales Sandra Milena Campiño Valderrama	159
La humanización del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Luis Gilberto Agreda López	171
Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería Ivett Adriana Herrera Zuleta	177
El prácticum clínico como espacio para la enseñanza del arte profesional humanizado Luz Nelly Rivera Álvarez	187
Teoría del cuidado transpersonal integrado en la formación académica de un programa de Enfermería Luz Elvia España Jiménez, Jeimy Stefany Osorio Parra	199
Tradiciones en salud en la Comunidad Muisca de Suba, Bogotá, 2014 Eliana Estefanía Chalapud Cabrera, Erika Mayelly Romero Cabanzo, Isnel Ramírez Silva, Vilma Florisa Velásquez G.	207
Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) de la Dra. Kristen Swanson, al Español María Neyfeth Posada Morales, Carmen Helena Ruiz de Cárdenas	217
Aplicación de algunos factores de la teoría del cuidado humano en el cuidado que ofrecen los profesionales de Enfermería a los niños hospitalizados en un hospital infantil del sur occidente colombiano. Cuidado Humanizado: ¿un reto para el profesional de enfermería? Gloria Yaneth Maya Pantoja, Roosby Karina Gallardo Solarte	227

Aplicación de principios bioéticos y de cuidado por la enfermera y la percepción del paciente María Beatriz Escobar Escobar	237
Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto en el periodo Marzo - Julio de 2014 Nathalia Andrea Jojoa Hurtado	245
Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistentes a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014 Yuli Alejandra Córdoba Jiménez	255
Carga del cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad renal crónica, sometidos a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto en el periodo marzo - julio de 2014 María Alejandra Guacas Guerra	267
Carga del Cuidador Asistente al Programa Plan de Egreso Hospitalario Vilma Tamara Ortiz Nievas, Roosby Karina Gallardo Solarte, Fanny Patricia Benavides Acosta	277
Conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa al recién nacido prematuro y/o de bajo peso María del Pilar Ureña Molina	281
Capacidades humanas universales en estudiantes de Enfermería para cuidar comprensivamente a padres de niños hospitalizados Ruth Natalia Riaño Niño	293
Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como apoyo social en el cuidado humano Roosby Karina Gallardo Solarte, Vilma Tamara Ortiz Nievas, Fanny Patricia Benavides Acosta	301
Programa para la disminución de la carga de la enfermedad crónica en Colombia. El cuidador ante todo persona Fanny Patricia Benavides Acosta, Vilma Tamara Ortiz Nievas, Roosby Karina Gallardo Solarte	305
Significado de las vivencias de padres de niños prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Infantil Los Ángeles Ser padre de un hijo prematuro: presencia emocional y espiritual María Fernanda Acosta Romo, Nancy Cabrera	309
Usando la Teoría en la Práctica: Percepciones sobre los Postulados de la Teoría del Cuidado y su aplicación en el Proceso de Enfermería al Cuidado a la Persona Martha Cecilia González Hidalgo, María Oliva Sánchez Ortiz	313

Póster

Estrategias innovadoras de evaluación en el área básica de un programa de medicina: caracterización Ana Patricia Pérez Saavedra	323
Prácticas de yoga: influencias sobre la calidad de vida concebida desde el bienestar integral del ser María Ximena Acero Buitrago	327
Adaptación transcultural, validez facial y de contenido de la Escala de la Incertidumbre frente a la enfermedad (MUIS). Formulario para miembro de la familia, versión española (PPUS - FM) Patricia Arias Muñoz	331
Necesidades de cuidado para el bienestar de madres-canguro de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja Edna Lucía Guerrero Cortes	333
Creencias de adolescentes gestantes sobre su alimentación Diego Alexander Guerrero Chávez, Isabel Cristina López Hernández	337
Conocimientos y aplicación de principios éticos en el proceso de atención de enfermería de los estudiantes de la Universidad del Cauca. Popayán 2014 - 2015 Paola Alexandra Ortega Ordoñez, Adriana Lucía Valdez Fernández	341
Calidad del cuidado de enfermería: percepción de padres de neonatos hospitalizados en una Unidad neonatal Lina Ximena Jaramillo Santiago	345
Aprendizaje en salud basado en las experiencias del menor maduro en un centro de restablecimiento de derechos a partir de la teoría de Hildegard Peplau Nathalia Girón Pineda, Jeimmy Roxana Hanrryr Garcera	349
Calidad de vida en pacientes con cáncer de seno en un instituto cancerológico del sur occidente de Nariño Yessica Viviana Termal Oliva, Daniela Yela, Johana Santacruz, José Hernández, Carlos Julio Zambrano, Juan Carlos Cabrera	353
Causas y efectos del consumo de bebidas energizantes en estudiantes de Enfermería de una universidad privada del suroccidente colombiano Amanda Maribel Chalapud Pastás	355
El autocuidado en el profesional de enfermería, una motivación para humanizarse y humanizar Carmen Ofelia Narváez Eraso, María Teresa Narváez Eraso, Myriam Piedad Erazo Martínez	357
Enseñar el Cuidado de Enfermería. "Un Proceso de Humanización" Mildred Rosero Otero	359
Nivel de conocimiento sobre el autocuidado del cáncer de cérvix Daissy Stefania Portilla Zamora	361
Patrones de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes que cursan noveno, décimo y décimo primer grado de una institución educativa oficial del sur occidente colombiano Karen Sofía Benavides Reyes, Luisa Fernanda Bolaños, Tania Julieth Cabrera Chingal, Luisa Fernanda Figueroa Chapal, Angie Tatiana Jurado Calvache	363

Polifarmacia en adultos mayores entre las edades de 60-80 en los municipios de Guaitarilla y Linares Yenny Alexandra Galindez Martínez	365
Programa de atención integral: Convertirse en madre durante la adolescencia. Activación del rol materno Tania Rocío Rincón Villamil, Leidy Yaneth Hernández Mancipe, Claudia María Moreno Mojica	367
Tipo de consumo de alcohol en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad del sur occidente de Colombia en el periodo enero – junio de 2015 Yurani Marcela Jaramillo Córdoba, Natalia del Rosario Escobar Matabanchoy, Leidy Vanessa Jaramillo Larraniaga, Paola Andrea Morillo Ortega, July Fernanda Ortega Gómez	371

Experiencias



Yo/nosotros en armonía¹ con tu/otros y el cuidado transpersonal - humanizado en sexualidad

Carmen Ayde Fernández Rincón²

Resumen

Desde el programa de Enfermería de la Universidad del Quindío se oferta a estudiantes de pregrado de toda la universidad, una asignatura electiva complementaria, estructurada a partir del resultado de dos investigaciones: “La educación sexual como tema transversal de las instituciones públicas educativas de la básica primaria del municipio de Armenia, departamento del Quindío”, y “Propuesta pedagógica para el desarrollo del eje transversal de la educación sexual en la básica primaria”.

El propósito de la asignatura es el de desarrollar competencias cognitivas, habilidades y destrezas, como herramientas humanas fundamentales que contribuyan al desarrollo de procesos para la vivencia plena de la sexualidad, comprender la sexualidad de otros y generar procesos de información, comunicación y educación, tanto a nivel personal, familiar como comunitario, con enfoque de derechos desde la perspectiva de género, en el marco de la diversidad y desde el cuidado transpersonal –holístico-.

En los resultados se evidenció la urgente necesidad de realizar inicialmente un proceso de capacitación a los docentes en educación sexual e involucrar en este proceso educativo a los diferentes profesionales, la comunidad y la familia.

Palabras clave: armonía, sexualidad, diversidad, derechos, humanización.

I / we in harmony with you / others and the transpersonal humanized care in sexuality

Abstract

From Nursing program at the University of Quindío it is offered to undergraduate students throughout the university, an additional elective, structured from the result of two investigations: “Sex education as a crosscutting theme of the public educational institutions of the elementary school in Armenia, Quindío”, and “Pedagogical proposal for the development of the transverse axis of sex education in elementary school”.

The purpose of the course is to develop cognitive skills as fundamental human tools that contribute to the development of processes for the full experience of sexuality, to understand sexuality of others and generate processes of information, communication and education, both to personal, family and community, with a focus on rights from a gender perspective in the context of diversity and from the transpersonal care -holistic-.

In the results it showed the urgent need to initially carry out a process of teacher training in sex education and engage in this educational process to the various professionals, community and family.

Key words: Harmony, sexuality, diversity, rights, humanization.

¹Derivado del griego ἁρμονία (harmonía), que significa ‘acuerdo, concordancia. La palabra es armonia con H en todos los lugares en donde esta aparece.

² Enfermera, Universidad Nacional; Especialista en Investigación en Educación, Cesar, Sucre; Magíster en Educación, Universidad de Manizales. Docente Investigadora Programa de Enfermería Facultad Ciencias de la Salud (FCS), Universidad del Quindío –UQ-. Líder del Grupo de Investigación en Enfermería (FCS-UQ). Integrante del Grupo de Investigación en Desarrollo, Facultad Ciencias Humanas UQ. Presentadora del Trabajo. Correo electrónico: carmenayde@uniquindio.edu.co

1. Introducción

A pesar de que en el acervo de legislación, normatividad, metodología y estrategias definidas para el logro de los objetivos propuestos, encaminados a la formación integral, específicamente en lo referente a la educación sexual, salud sexual y reproductiva, lo cierto es que en la actualidad no se cuenta con propuestas educativas dirigidas a todos los estamentos de formación que determinen el abordaje de la educación sexual a la luz de la normatividad vigente y que permitan interpretar su relación con la situación actual de la problemática de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

La presente ponencia tiene por objeto compartir el diseño y desarrollo de la actividad académica –asignatura- Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía ofertada a todos los estudiantes de Pregrado de la Universidad del Quindío, cuyo propósito fundamental es permitir la construcción del conocimiento en cuanto a la educación sexual propia, y su relación con otros. Se pretende realizar procesos educativos a poblaciones desde diferentes enfoques educativos, desarrollar propuestas de intervención desde la práctica profesional particular a partir de la perspectiva de formación integral, de género y de derechos sexuales y reproductivos, al igual que, efectuar un análisis y un reconocimiento de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, que ofrece el sistema de salud colombiano, abordar la situación de VIH-SIDA, y los procesos de explotación sexual a niños, niñas y adolescentes (ESCNNA).

La asignatura está dirigida a estudiantes universitarios de pregrado de las diferentes facultades y programas académicos; brinda escenarios de aprendizaje para el desarrollo de competencias cognitivas, habilidades y destrezas, como herramientas humanas fundamentales que contribuyan al desarrollo de procesos para la vivencia plena de la sexualidad y la comprensión de la sexualidad de otros; busca generar procesos de información, comunicación y educación, tanto a nivel personal y familiar como desde su desempeño profesional.

De acuerdo con investigaciones realizadas por Díaz-Loving y Pick (1989), existen ocho áreas básicas, que son determinantes de la conducta sexual y la capacidad del individuo para planear su vida: valores, comunicación, roles sexuales, autoestima, toma de decisiones, sexualidad, salud, y uso efectivo del tiempo libre. Su abordaje de forma adecuada y oportuna, desde edades tempranas, contribuye a una educación sexual apropiada y efectiva.

Los estudios de Romero (1998), desde las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y ético-legales, las planteadas por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) (1995), en su Proyecto Nacional de Educación Sexual, y lo tratado por el Proyecto del Fondo Mundial, Proyecto Colombia PPMC, (MEN, 1993), con enfoque de los derechos sexuales y reproductivos y las diferentes políticas públicas a nivel nacional, plantean otras posibilidades de abordar la educación sexual.

El desarrollo de una electiva se realiza desde el enfoque de información, comunicación y educación (ICE) dirigido a estudiantes universitarios, en torno a los procesos científicos, humanísticos y pedagógico-didácticos que conforman lo relacionado con el ámbito de la sexualidad y la educación sexual, la salud sexual y reproductiva, los servicios amigables, la prevención de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), y la prevención del VIH SIDA -incluida la asesoría para la realización de la prueba voluntaria-. Al mismo tiempo, desde el desarrollo de habilidades para proponer, diseñar y difundir ayudas didácticas, acordes con las temáticas y los grupos sujetos de esta propuesta, la actividad académica cuenta con contenidos dinámicos que orientan a los participantes, teniendo en cuenta sus características de adolescentes y jóvenes, hacia el desarrollo de un conocimiento más amplio sobre esta temática, permitiendo que construyan su concepto de sexualidad en un marco de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde la perspectiva de género y sus particularidades y vivencias personales.

Las principales actividades que desarrollan al interior de esta actividad académica son: lectura crítica de documentos, discusiones académicas, expresión de vivencias y experiencias vitales, para lo cual reciben apoyo individual y grupal, un acercamiento a la electiva en su disciplina y la producción de ayudas didácticas.

2. Metodología

Para el desarrollo de los objetivos educativos establecidos se estructura la asignatura de Yo/nosotros en armonía con tú/otros y el cuidado transpersonal- humanizado en sexualidad, proceso que se lleva a cabo en tres momentos:

Momento 1: Diseño

- Diseño de la asignatura de manera tal que cumpla con el requisito normativo, y que llene las expectativas derivadas de los resultados de las investigaciones y de los propósitos del grupo de investigación en educación de enfermería.
- Diseño de la unidad didáctica con sus diferentes componentes, según normatividad del programa de Enfermería de la Universidad del Quindío.

Momento 2: Procesos Administrativos para su Implementación

- Desarrollo del proceso institucional para la generación del código y la organización de los créditos académicos asignados a la asignatura del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (ESCC).
- Oferta de la asignatura para el registro de los estudiantes a partir del sistema Academusoft.

Momento 3: Desarrollo de la Asignatura

- Con el diseño y programación a través de la unidad didáctica que contiene los ítems de identificación de la asignatura, presentación, justificación, competencia, saberes, contenidos, valoración integral de la competencia, elementos para la evaluación de la competencia y bibliografía, se desarrolla la asignatura con una intensidad de tres horas presenciales, tres horas de asesoría y tres de trabajo independiente, para un total de tres créditos académicos.

3. Resultados

Se ha ofertado la asignatura desde el año 2011 para los diferentes programas de la Universidad, lo que ha permitido la formación en aspectos generales de educación sexual, enfoques en educación sexual, salud sexual y reproductiva, servicios amigables ESCNNA, VIH-SIDA, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, género, diversidad, configuraciones familiares, entre otros, a aproximadamente 400 estudiantes de pregrado de la Universidad del Quindío.

Se cuenta actualmente con productos como ayudas didácticas desarrolladas por los estudiantes, que son utilizadas en las prácticas académicas de enfermería en encuentros con adolescentes y niños en las diferentes instituciones educativas de la ciudad.

Referencias

- Díaz-Loving, R. y Pick, S. (1989). Conducta sexual y anticonceptiva de los adolescentes de la ciudad de México, con respecto a la relación con su pareja. *Revista Latinoamericana de Sexología*, (4)1, 7-17.
- Ministerio de Educación Nacional. (MEN). (1993). *Proyecto Nacional de Educación sexual –PNES-*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional.
- (1995). *Proyecto Nacional de Educación Sexual*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional.
- Romero, L. (1998). *Elementos de sexualidad y educación sexual*. Medellín, Colombia: Editorial Centro de Asesoría y Consultoría.

Lactancia materna intrahospitalaria a la luz de la Teoría del cuidado informado de Kristen Swanson

Erika Melania Cañas Lopera¹

Resumen

Las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) son un campo de acción de la enfermera, en las cuales debe orientar a los padres en el fomento de la lactancia materna, reconociendo la utilidad de la teoría del cuidado informado de Kristen Swanson, para integrarla con la práctica, con el fin de ofrecer un cuidado humanizado a los neonatos y sus familias en un ambiente de alta complejidad, integrando conocimientos, creencias y acompañamiento, para que tanto madres como enfermeras enfrenten sus responsabilidades, aprendan y se capaciten en el fomento de la lactancia materna.

El Objetivo del presente trabajo, desarrollado en dos meses, bajo el enfoque del Marco Lógico, es habilitar a las enfermeras para el cuidado de las madres con sus hijos hospitalizados, en el fomento de la lactancia materna, teniendo en cuenta la “Teoría de los cuidados”. Se diseñó un plan que involucró a cuatro enfermeras, a quienes se les informó la esencia de la teoría y los conceptos principales, y se ilustró la manera cómo ésta se puede operacionalizar.

Los resultados indican que se reconoció, por parte de las enfermeras, la utilidad de la aplicación de la teoría en la práctica, para organizar de manera integral el cuidado. Se observó su cambio de actitud frente al cuidado, motivando a considerar la teoría como un enfoque del cuidado y un mejor fomento de la lactancia materna.

En el desarrollo de la propuesta se presentó confusión, incertidumbre, saturación por la carga laboral, falta de tiempo extra y resistencia frente al cambio, llegando a una síntesis, resolución y re-conceptualización, con el fin de llevar la aplicación de una teoría de mediano rango a la práctica. Se debe fortalecer el cuidado para el fomento de la lactancia materna en las UCIN con el liderazgo del profesional de enfermería mediante el uso de la teoría, con lo cual se logrará mayor autonomía, haciendo evidente el conocimiento científico de enfermería y el impacto en la salud materna y neonatal.

Es necesario incentivar al profesional a desarrollar su práctica con base en las teorías de mediano rango, ayudando a cimentar y comprobar el conocimiento propio de la disciplina desde las direcciones de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, lactancia, madres, teoría de los cuidados.

In-hospital breastfeeding on the basis of Kristen Swanson’s Theory of informed caring

Abstract

Neonatal Intensive Care Units (NICU) are a field of action of the nurse, in which should guide parents in promoting breastfeeding, recognizing the usefulness of Kristen Swanson’s theory of care, to integrate it with practice, in order to offer a humanized care for newborns and their families in an environment of high complexity, integrating knowledge, beliefs and support, for both mothers and nurses face their responsibilities, learn and be trained in the building of breastfeeding.

¹ Enfermera, Universidad de La Sabana; Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la Salud Materno Perinatal, Universidad Nacional de Colombia; Diplomado Virtual Nutrición en la primera infancia: un desafío para la enfermera, Universidad del Rosario; Curso de Evaluadores externos de la Estrategia Integral de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. IAM Integral. UNICEF: Ministerio de Protección Social República de Colombia; Diplomado Cuidado Enfermería al Neonato con Síndrome de dificultad respiratoria, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera Unidad de Recién Nacidos. Clínica Palermo. Evaluadora externa Estrategia IAM Integral/UNICEF. Correo electrónico: melis142@hotmail.com

The aim of this study, carried out in two months under the logical framework approach, is to empower nurses in the care of mothers with children hospitalized, in the promotion of breastfeeding, considering the “Theory of care”. The plan involving four nurses, who were informed the essence of the theory, the main concepts, and the way how this can be operationalized.

Results indicate that nurses recognized the usefulness of the application of theory in practice to organize care holistically. Their change of attitude was observed, motivating consider the theory as a focus of attention and better promotion of breastfeeding.

In developing the proposal there was confusion, uncertainty, saturation workload, lack of overtime and resistance to change in order to bring the application of a medium-range theory to practice. Care should be strengthened to promote breastfeeding in the NICU with the leadership of the nurse using the theory, which achieved greater autonomy, making evident the scientific knowledge of nursing and the impact in maternal and neonatal health.

It is necessary to encourage professionals to develop their practice based on the theories of medium range, helping building and testing the own knowledge of the discipline from nursing directions.

Key words: Nursing, breastfeeding, mothers, Theory of care.

1. Introducción

Las Unidades de Recién Nacidos (URN) y dentro de ellas las de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) son un gran campo de acción de la enfermera, que permiten fortalecer acciones de cuidado en el área materno-perinatal, siendo muy importante y necesaria la orientación oportuna a las madres en el fomento de la Lactancia Materna (LM).

La presente ponencia describe una intervención encaminada a habilitar a las enfermeras de las URN en el fomento de la LM, teniendo en cuenta la “Teoría de los cuidados” de Kristen Swanson (1991), teoría de rango medio con sus cinco procesos básicos: Conocer y Mantener las creencias (en la etapa de valoración) y Estar con, Hacer por y Posibilitar (en la etapa de intervención), lo cual permite a la enfermera dentro de la URN concatenar la teoría con la práctica y ofrecer un cuidado integral a las madres, familias y neonatos en un ambiente complejo como lo son las Unidades Neonatales, a partir de un fenómeno de enfermería identificado: la LM intrahospitalaria, abarcando un equilibrio entre el conocimiento, las creencias y el acompañamiento, que posibilita tanto a madres como a enfermeras, enfrentar sus responsabilidades, aprender y capacitarse, teniendo en cuenta las necesidades reales de las primeras y sus recién nacidos.

La ausencia de la LM afecta no sólo a los recién nacidos, sino a las madres, a la institución y al ejercicio profesional en general. Los primeros se ven privados de recibir múltiples beneficios, aumentando los riesgos inherentes de la alimentación artificial. Las madres, al no lactar continuamente, producen complicaciones relacionadas con el déficit de extracción de leche como senos hinchados, dolor e infecciones; así mismo se genera la alternativa de la alimentación complementaria a edades tempranas, disminuyendo la producción de leche materna que conlleva a abandonar rápidamente la lactancia. Institucionalmente, la falta de fomento de la LM en recién nacidos hospitalizados puede ser la causa de complicaciones neonatales y maternas, así como de reingresos a la Unidad. Impacta también en el cumplimiento de los objetivos del Plan Operativo Anual de la institución y parte de los lineamientos del Plan decenal de la LM (Ministerio de la Protección Social, 2010) y los objetivos del nuevo milenio según la UNICEF (Organización Mundial de la Salud, 2015). En el ejercicio profesional no se hace evidente el cumplimiento de los roles independiente e interdependiente, ya que no se aplica el conocimiento de enfermería y por tanto se pierde la oportunidad de ejercer un cuidado acorde con las necesidades reales de las madres y los recién nacidos.

Fomentar la LM intrahospitalaria ofrece beneficios para los padres, neonatos, la institución, el país y el profesional de enfermería:

Tabla 1. *Beneficios de la Lactancia Materna*

Padres y neonatos	Institución	País	Profesión
*Fortalecimiento del vínculo afectivo.	*Mejora la calidad del cuidado.	*Contribuye a disminuir la morbilidad materna y neonatal.	*Favorece el cuidado integral del neonato y su familia dentro de la URN.
*Favorece el desarrollo de habilidades en los padres para el cuidado del recién nacido.	*Aumenta el porcentaje de satisfacción por la oferta y calidad de servicios.	*Contribuye al cumplimiento de las políticas nacionales: IAMI Integral, Plan decenal para la lactancia materna.	*Fomenta la toma de decisiones del profesional de enfermería teniendo en cuenta una teoría de mediano rango, dando validez teórica al cuidado.
*Aporta al desarrollo nutricional del neonato, fomentando la lactancia materna exclusiva y total.	*Reduce complicaciones maternas y neonatales.		
	*Apunta al cumplimiento de los objetivos del Plan Operativo Anual (POA).		*Permite evidenciar el impacto social del cuidado de enfermería dentro del área materno- perinatal.

2. Desarrollo de la experiencia

La experiencia surge a partir de la identificación de un fenómeno observado en la práctica profesional: el cuidado para el fomento de la LM intrahospitalaria, para lo cual se propone habilitar a las enfermeras para el cuidado de las madres en el fomento de la LM con sus hijos hospitalizados en la URN, en donde habilitar significa, hacer a alguien hábil, apto o capaz para una cosa determinada (RAE, 2015).

En la propuesta planteada se utilizó el enfoque del marco lógico, metodología utilizada para conceptualizar proyectos, y una herramienta analítica que tiene el poder de comunicar de forma clara y comprensible un proyecto; se planteó la matriz del marco lógico teniendo en cuenta el propósito, los indicadores de evaluación, los medios de verificación y los supuestos.

Tabla 2. *Propuesta de acuerdo con el enfoque del Marco Lógico*

Propósitos	Supuestos
General: Habilitar a las enfermeras para el cuidado de las madres en el fomento de la LM, con sus hijos hospitalizados en la URN, teniendo en cuenta la "Teoría de los cuidados" de Kristen Swanson (1991).	*En la URN hay una baja oportunidad del cuidado directo del profesional de enfermería para el fomento de la LM intrahospitalaria. *En el personal de enfermería de la URN se da una baja acogida a la propuesta, por no considerarla una prioridad.
Específicos: 1. Dar a conocer a las enfermeras de la URN los beneficios de aplicar la teoría de Kristen Swanson en el fomento de la LM intrahospitalaria.	*Existe gran dificultad en el ejercicio profesional de llevar las teorías de enfermería a la práctica.
2. Establecer estrategias con las enfermeras para aplicar el Conocer y Mantener las creencias con las madres en el fomento de la LM.	*En la URN se evidencia oportunidades perdidas por parte del profesional de enfermería en la interacción con el neonato y los padres para fomentar la LM.
3. Establecer estrategias con las enfermeras para Estar con, Hacer por y Posibilitar, el fomento de la LM en las madres de recién nacidos hospitalizados.	*Dentro de la URN no se reconoce el impacto de las intervenciones de cuidado de enfermería en el fomento de la LM.

La propuesta está enmarcada teniendo en cuenta los principios éticos importantes en la práctica de enfermería como son: Beneficencia y No maleficencia, Justicia, Autonomía, Veracidad y Fidelidad (Fry, Johnstone, Faudrín, Martínez e International Council of Nurses, 2010, pp. 22-26).

- **Beneficencia y No maleficencia:** la obligación de hacer el bien y de evitar dañar, dentro del fomento de la LM en el medio intrahospitalario, ofreciendo un bien que apunta a beneficiar a la madre y al niño, con las ventajas de una LM eficaz, apoyando las recomendaciones dadas a nivel regional, nacional e internacional.
- **Justicia:** cómo los beneficios y las obligaciones deben ser adecuadamente distribuidas entre la población de pacientes. La justa asignación de recursos para el cuidado de la salud y de enfermería. La propuesta busca favorecer a todas las madres y neonatos que asisten a la URN con el fin de favorecer el fomento de la LM.
- **Autonomía:** a los individuos debe permitírseles libertad para determinar sus propias acciones, de acuerdo con los planes que hayan elegido, respetar a las personas como seres autónomos y reconocer sus elecciones, las cuales son originadas de sus valores y creencias personales. La propuesta está enmarcada con la perspectiva de la teoría de los cuidados de Swanson, teoría de mediano rango, que tiene en cuenta el conocimiento y creencias de las personas, busca un acercamiento de la enfermera a la necesidad de las madres para que éstas sean facilitadoras del proceso natural de la LM, respetando siempre su decisión y creencias.
- **Veracidad:** se define como la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar a otros, principio que se cumple dentro de la propuesta gracias al conocimiento, experiencia y capacitación de la enfermera en el tema y la valoración previa del paciente al que se le brinda cuidado, logrando un cuidado integral basado en sus necesidades.
- **Fidelidad:** obligación para permanecer fiel a los propios compromisos, aspecto que se tiene en cuenta dentro de la propuesta, retomando el concepto de cuidado planteado por Swanson (1991, párr. 3): “El cuidado es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”.

El cuidado para el fomento de la LM en la URN lo puede brindar el profesional de enfermería a través de los cinco procesos básicos mencionados, que permiten partir desde la valoración del fenómeno: conocer, mantener las creencias y la intervención, hacer por, estar con y posibilitar.

El conocimiento: es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. (Swanson, 1991).

Mantener las creencias/confianza: es mantener la fe en la capacidad del otro para superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniendo una alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. (Swanson, 1991).

Estar con: es dar simplemente de uno mismo y hacerlo de tal manera que aquel que es cuidado logre el compromiso, la preocupación y la atención personal de aquel que está cuidando.

Hacer por: significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. (Swanson 1991).

Posibilitar/ Capacitar: es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el suceso, informando, explicando, dando validez a los sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación. (Swanson, 1991).

Para el cumplimiento de los objetivos se planteó actividades e indicadores por cada uno de ellos:

Tabla 3. *Objetivo1: Dar a conocer a las enfermeras de la URN los beneficios de aplicar la teoría de Kristen Swanson en el fomento de la LM intrahospitalaria*

Actividades	Indicador de evaluación	Medios de verificación
Aplicación de encuesta de conocimientos previos frente a las intervenciones de enfermería para el fomento de la LM.	No. de encuestas aplicadas a las enfermeras No. de enfermeras convocadas	*Encuestas diligenciadas como soporte de los resultados.
Diseñar una situación de enfermería, de necesidad de cuidado para la LM intrahospitalaria.	Situación de enfermería	*Situación de enfermería revisada.
Presentar la situación de enfermería a las enfermeras de la URN.		*Lista de asistencia
Socializar la teoría de los cuidados de Swanson con las enfermeras y entregar el material bibliográfico.	No. de enfermeras asistentes No. de enfermeras convocadas	*Lista de asistencia *Recibido de la información brindada
Compartir la experiencia o conocimiento que tienen las enfermeras frente a la situación de enfermería, fomentando el diálogo de saberes en el cuidado para el fomento de la LM.	No. de enfermeras asistentes No. de enfermeras convocadas	*Intervenciones desencadenadas de la situación de enfermería
Revisar la aplicación de los cinco procesos de cuidado de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson en la situación de enfermería planteada.	*Análisis de la situación de enfermería	
		*Documento escrito de los análisis realizados
	*Análisis de la situación de enfermería bajo la teoría de Swanson	

Tabla 4. *Objetivo 2: Establecer estrategias con las enfermeras para aplicar el Conocer y Mantener las creencias con las madres en el fomento de la LM*

Actividad	Indicador de evaluación	Medios de verificación
Elaboración de una guía exploratoria:	No. total de enfermeras que proponen estrategias.	*Lista de asistencia.
- Expectativas de la madre con la LM. - Condiciones fisiológicas de la madre para lactar. - Condiciones del neonato para succión y deglución. - Evaluación de la técnica. - Como abordar a la madre para realizar apoyo para la LM. - Fortalezas de la madre para la LM.	No. de enfermeras convocadas en la elaboración de la guía.	*Guía elaborada y aprobada por el grupo de enfermeras.

Tabla 5. *Objetivo 3: Establecer estrategias con las enfermeras para, Estar con, Hacer por y Posibilitar, el fomento de la LM en las madres de recién nacidos hospitalizados*

Actividades	Indicador de evaluación	Medios de verificación
Elaboración de una guía de intervención, teniendo en cuenta los resultados de la guía exploratoria.	No. total de enfermeras que proponen estrategias	*Lista de asistencia.
Guía con ejemplos de cómo se puede 'Estar con' y 'Hacer por', con base en los resultados de la guía exploratoria.	No. de enfermeras convocadas en la elaboración de la guía	*Guía elaborada y aprobada por el grupo de enfermeras.
Folleto para el fomento de LM para la familia.	*Folleto	*Registro de entrega de recomendaciones y documentos.

3. Resultados

La propuesta planteada arrojó los siguientes resultados, teniendo en cuenta los objetivos, actividades e indicadores propuestos:

El profesional de enfermería definió el significado de cuidado para el fomento de la LM como: todas las actividades que permiten la interacción directa entre la madre y el hijo, en el posparto inmediato y en la estancia en la institución.

De la experiencia y la práctica profesional surge una situación de enfermería que es revisada y aprobada para su uso, respondiendo a la actividad planteada.

De las cuatro enfermeras a las cuales se les compartió la propuesta, dos plantearon un diálogo de saberes teniendo

en cuenta su experiencia y el conocimiento sobre el contenido de la teoría de Kristen Swanson: **Conocimiento:** la enfermera debe anticiparse a la situación del otro, teniendo en cuenta su edad, condición social, cultura. **Mantener la confianza:** la enfermera se dirige a la madre y al padre demostrando su interés e importancia en la URN, generando confianza y seguridad. Permitir la LM desde el nacimiento del neonato según el caso, contribuye a disminuir la ansiedad y a hacer partícipes a los padres en la alimentación de su hijo. **Estar con:** acompañamiento desde el ingreso a la URN, realizando rondas de enfermería por cada uno de los pacientes para detectar debilidades y aportar conocimientos y experiencia en la solución de los mismos. **Hacer por:** pone en práctica los conocimientos y habilidades para enseñar a la madre: posiciones para amamantar, extracción de leche, signos de buena succión y agarre. **Capacitar:** la enfermera cumple un papel de educadora aclarando dudas a los padres sobre mitos, brinda conocimientos sobre la LM y los concientiza de los beneficios mutuos que conlleva su práctica.

Dos enfermeras plantearon la posible forma de relacionar la teoría de Swanson con el fomento de la LM en la URN y a partir de ello se efectuó una serie de pautas para la elaboración de la guía.

Se elaboró un plegable que permitía a las madres consultar información básica y práctica sobre LM.

Durante el desarrollo de la propuesta se presentaron los siguientes problemas:

- Alta ocupación de la URN que no permite disponer de tiempo para realizar las actividades propuestas.
- La enfermera no está muy motivada para utilizar parte de su tiempo libre en un proceso de aprendizaje.
- En la URN en cuestión se trabaja como un equipo, en donde médicos, enfermeras, personal auxiliar, se distribuyen tareas y responsabilidades; por ello, en ocasiones, es difícil apartarse de las rutinas del servicio y del modelo de atención.
- Baja disponibilidad de tiempo por parte de enfermería para realizar seguimiento a la propuesta.

En el desarrollo de la propuesta fueron claras las fases planteadas por Fawcett (1995) en su concepto de “Transformación de la perspectiva”. Al compartir la propuesta con las enfermeras en la Unidad Neonatal se presentó confusión, incertidumbre, saturación que se vio afectada por la alta carga laboral, la falta de tiempo extra y la resistencia frente a una nueva propuesta, llegando a una síntesis, resolución y re-conceptualización con el fin de llevar la aplicación de una teoría de mediano rango a la práctica diaria.

Con el desarrollo y ejecución de la propuesta planteada se hizo evidente la coincidencia teórica de las enfermeras con lo propuesto en diferentes artículos relacionados con el tema, por tanto se puede asegurar que uno de los factores más importantes en el cuidado exitoso de los neonatos es la nutrición adecuada, traducida en alimentación precoz con la leche propia de la madre, la cual es la mejor opción y se debe incentivar en las Unidades de Cuidado Neonatal por parte del personal de enfermería como una estrategia dentro del plan de cuidado del prematuro y su familia. (Andreo y Silvan, 2004; Malebra, 2007).

Se debe fortalecer el cuidado para el fomento de la LM en recién nacidos hospitalizados con el liderazgo del profesional de enfermería mediante el uso de la teoría de mediano rango, con lo cual se logrará mayor autonomía y validez teórica, haciendo evidente el conocimiento de enfermería y el impacto en la salud materna y neonatal con los cuidados brindados.

Aunque es de suma importancia individualizar el cuidado, se requiere unificar criterios y plantear metodologías que presenten retroalimentación tanto para las enfermeras como para las madres y sus recién nacidos, con el fin no sólo de realizar seguimiento de las intervenciones, sino de brindar soporte y mantener la LM después del alta institucional.

Desde la dirección de enfermería se debe incentivar al profesional a desarrollar su práctica diaria con base en las teorías de mediano rango de enfermería, ayudando a cimentar y comprobar el conocimiento propio de la disciplina, convirtiéndose en ejemplo en el ámbito asistencial, aplicando la teoría en la práctica profesional en cada oportunidad de cuidado.

Referencias

- Andreo, S. y Silvan, C. (2004). Las dificultades maternas en el proceso de amamantamiento materno de prematuros en una UTI neonato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). Philadelphia: FA Davis Company.
- Fry, S., Johnstone, M., Faudrín, P., Martínez, M. e International Council of Nurses. (2010). *Ética en la práctica de enfermería: una guía para la toma de decisiones éticas*. México, D. F.: Editorial El Manual Moderno.
- Malerba, C. (2007). El rol educador de la Enfermería en el fomento de la lactancia materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Enfermería Neonatal*, 21(2), 8-15.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2010). Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/Bienestar/Nutricion/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Lactancia Materna. Recuperado de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
- Real Academia Española. (2015). Habilitar. En: Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=IzTk0hm77DXX2v6a59Hw>
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3). Recuperado de http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Empirical_Development_Of_a_Middle_Range_Theory_of.8.aspx

Cuidado Canguro Intrahospitalario

Karen Estefani González Aragón

Angie Carolina Guerrero Benítez

Ingrit Lorena Montoya Fernández¹

Claudia Nathaly Rosas Palomino

Resumen

Con base en los resultados de la investigación “Vivencias de madres que afrontan el cuidado de niños prematuros en casa”, que describió cómo las madres sienten a su hijo “ajeno” durante la hospitalización y desconocido al llegar a casa, un grupo de estudiantes y docente de Enfermería diseñaron e implementaron en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) del hospital donde se desarrolló la investigación, una estrategia para integrar a las madres en el cuidado de sus hijos prematuros hospitalizados, a través de estrategias de contacto temprano y continuo, dándoles participación en el cuidado de los pequeños, desde el inicio de la hospitalización, para apoyarlas en el proceso de convertirse en madres, según la teoría de Ramona Mercer.

Palabras clave: Recién Nacido, Prematuro, Relaciones Madre - Hijo, Cuidado Intensivo Neonatal.

Care Kangaroo Intrahospital

Abstract

Based on the results of the research “Experiences of mothers who face the care of premature infants at home” that described how mothers feel “foreign” their child during hospitalization and unknown to get home, some students and a Nursing teacher designed and implemented in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the hospital where the research was developed, a strategy to integrate mothers in caring for their premature children hospitalized, through early and continuous contact strategies, giving participation in the care of the children, since the beginning of hospitalization, to support them in the process of becoming mothers, according to the theory of Ramona Mercer.

Key words: New Born, Preterm, Relationship Mother - Child, Intensive Neonatal Care.

1. Introducción

En nuestro medio es posible romper el paradigma de la unidad neonatal tradicional, que separa al niño prematuro de su madre. Las unidades neonatales deben ser de puertas abiertas y el personal de enfermería debe apoyar a las madres en el proceso de apego y aprendizaje del cuidado a sus hijos hospitalizados, preparándolas desde el inicio de la hospitalización para dar cuidado en casa. El cuidado canguro intrahospitalario es una estrategia excelente que beneficia madres, recién nacidos, personal e instituciones. Enfermería tiene una posición privilegiada para apoyar a las mujeres en el proceso de convertirse en madres.

2. Desarrollo de la experiencia

El estudio es el Trabajo de grado en la modalidad de pasantía institucional, en el marco del convenio docencia-servicio de la Universidad del Valle en el Hospital Universitario del Valle, desarrollando un trabajo participativo y simultáneo con dos grupos humanos: Personal de Enfermería de la Unidad Neonatal (Enfermeras, Auxiliares

¹ Estudiante de VIII semestre de Enfermería. Correo electrónico: lorena161191@gmail.com

de Enfermería) del Hospital y las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados desde septiembre de 2011 hasta la fecha.

Dentro del trabajo realizado se logra la ampliación de los horarios de visita de las madres a la UCIN, pasando de 1 hora a 8 horas diarias. También por medio de estrategias se logra la obtención de recursos económicos para la confección de fajas, cobertores, gorros, adquisición de sillas para el posicionamiento canguro y a través de un concurso realizado con el personal de la sala, se logra la creación del logo del Programa, el cual continúa vigente en la actualidad.

Simultáneamente se realiza el proceso de sensibilización con el personal de salud de la sala, frente a la permanencia de las madres en la Unidad al lado de sus hijos. Se efectúa la adaptación de los documentos del Ministerio de Protección Social a lo requerido en la Unidad. Posteriormente las estudiantes inician el posicionamiento canguro durante 4 franjas horarias a la semana. Tiempo después, gracias a la gestión, se asigna una enfermera de la UCIN a cargo del Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario, quien con el apoyo de las estudiantes continúa realizando los posicionamientos a diario.

El grupo de estudiantes en pasantía realiza permanentemente actividades de posicionamiento, control del recién nacido, educación tanto a las madres como al personal de la UCIN, así como también la celebración de fechas especiales, talleres de autocuidado y autoconocimiento con el personal de Enfermería de la sala, junto con la actualización de una cartelera informativa con temas de interés.

La continuidad de la pasantía ha sido permanente durante los últimos 4 años, a través de los cuales se ha logrado la adherencia progresiva del personal de la sala al Programa Cuidado Canguro Intrahospitalario.

Una mirada desde Kristen M. Swanson a las prácticas de cuidado de la mujer gestante

Nathalia Girón Pineda¹

Diego Alexander Guerrero Chávez²

Resumen

Por medio de la teoría del cuidado para el bienestar de los demás de la Dra. Kristen Swanson (1993) se abordó una experiencia vivida en la práctica materno-infantil, con una madre gestante en situación de vulnerabilidad, encontrando limitaciones impuestas para ejercer el libre albedrío, contenido en el metaparadigma Persona, pudiendo ser afectado por las limitaciones impuestas por la raza, género y acceso al cuidado; por esto el enfermero debe percibirse con el mandato de liderar y tomar su papel en la lucha por los derechos y la igualdad al acceso de la asistencia sanitaria.

En este caso, se debe conocer las políticas contempladas para las madres gestantes e identificar por medio de una entrevista cuáles de ellas están siendo vulneradas, y que impiden que la persona pueda actuar en pro de su cuidado.

Las madres gestantes tienen derecho a recibir educación y prestación de servicios de manera gratuita por contemplación de normas, en lo siguiente:

- Maternidad segura, (UNICEF, 2011).
- Control prenatal, (Guía 3).
- Atención al parto, (República de Colombia, Ministerio de Salud).
- Salud sexual y reproductiva. Planificación familiar. (OMS, 2015).
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). (OMS, 2015).

Al identificar que las políticas anteriores estaban siendo omitidas a la madre gestante objeto de estudio, se brinda información sobre los correspondientes derechos, y se lleva a cabo medidas para velar por su cumplimiento, entre cuyas acciones estuvo el reporte a la red de salud en el municipio de Armenia para que se le censara y pudiera optar por una EPS. La medida obtuvo respuesta por parte de la alcaldía municipal de Armenia y se incluyó a la madre en programas sociales.

Palabras clave: Gestante, cuidado, prácticas.

A view from Kristen M. Swanson to the caring practices of the pregnant woman

Abstract

Through the theory of caring for the well-being of others by Dr. Kristen Swanson (1993) an experience in maternal and child practice was discussed with a pregnant mother vulnerable, finding limitations to exercise free will, contained in metaparadigm Person that can be affected by limitations imposed by race, gender and access to care; so nurses should lead and take their role in the struggle for equal rights and equality access to healthcare.

¹ Estudiante X semestre de Enfermería. Correo electrónico: na-thalia92@hotmail.com

² Estudiante X semestre de Enfermería. Correo electrónico: daguerrero@uqvirtual.edu.co

In this case, the policies set for pregnant mothers must be known and identify through an interview which of them are being violated, and that prevent the person can act on behalf of their care.

Pregnant mothers have a right to education and services for free for contemplation of standards, as follows:

- Safe Motherhood (UNICEF, 2011).
- Prenatal (Guide 3).
- Care at childbirth (Republic of Colombia, Ministry of Health).
- Sexual and reproductive health, Birth control. (WHO, 2015).
- Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). (WHO, 2015).

By identifying that previous policies were being omitted for pregnant mother under study, information on the relevant rights is provided, and measures to ensure compliance. It was done the report to the network of health in Armenia in order to register the woman and could opt for an EPS. The measure was answered by the municipal government of Armenia and the mother was included in social programs.

Key words: Pregnant mothers, care, practice.

1. Introducción

A través de la teoría del cuidado informado para el bienestar de los demás (Swanson, 1993), por medio de una experiencia formativa de 4^{to} semestre, correspondiente al cuidado integral de la mujer gestante y el recién nacido, se dio respuesta a una situación de enfermería, concretamente al objetivo 5 de desarrollo del milenio, que apunta a reducir a tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015 y lograr para éste último el acceso universal a la salud reproductiva a través de la iniciativa de maternidad segura, contemplando el acceso al servicio de planificación familiar y a tener una atención de calidad en el proceso de gestación, parto y puerperio, lo que permite garantizar una atención segura para la mujer y el recién nacido.

2. Desarrollo de la experiencia

Una vez comprendida la situación en la que se vio inmerso nuestro sujeto de cuidado, y comprendidos todos los factores intervinientes como el biológico, el estilo de vida, el ambiente y el sistema de salud, se hizo un análisis desde el metaparadigma de enfermería, entendiendo ésta como el cuidado informado para el bienestar de otros; una disciplina conocedora de los cuidados, que proporciona bienestar a los demás.

Como enfermeros en formación se está en la responsabilidad de conocer las prácticas de cuidado en la mujer gestante, para brindar la información necesaria y dar un óptimo cuidado. Estas prácticas representan todas las actividades que las personas hacen por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades, conservar su bienestar y el del hijo por nacer. Se debe partir del principio de que cada quien tiene sus formas de cuidarse, bajo comportamientos que están arraigados a creencias o tradiciones, y bajo este contexto se debe actuar.

Las prácticas de cuidado recomendadas son:

- Realizar actividad física: incluye, ejercicio, sueño y descanso.
- Hacer una estimulación prenatal: incluye estimulación visual, auditiva y táctil.
- Llevar a cabo una alimentación saludable.
- No ingerir sustancias no beneficiosas.
- Efectuar una correcta higiene y cuidados personales.
- Valerse de sistemas de apoyo.

Las personas son seres únicos, espirituales, en crecimiento, que se autorreflejan y que anhelan estar conectados con otros. Cada individuo está influenciado por una herencia genética, un legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío, el cual puede ser afectado por las limitaciones impuestas por la raza, género y acceso al cuidado. Por eso el enfermero debe percibir el mandato de liderar y tomar su papel en la lucha por los derechos humanos, al igual que por la igualdad al acceso de la asistencia en salud. Se debe primero conocer en este caso las políticas contempladas para las madres gestantes e identificar por medio de una entrevista cuáles le están siendo vulneradas e impedir que pueda actuar en pro de su cuidado.

Las madres gestantes tienen derecho a recibir educación y prestación de servicios de manera gratuita por contemplación de normas, en lo siguiente:

- Maternidad segura, contemplada por UNICEF.
- Control prenatal.
- Atención al parto.
- Salud sexual y reproductiva (Planificación familiar).
- AIEPI.

Para restablecer la salud y el bienestar se necesita de un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El papel de los investigadores del presente estudio era intervenir de manera que la madre gestante se desprendiera de gran parte de su dolor social, dolor de madre, esposa e hija, para que alcanzara un nivel más alto de salud, estableciendo nuevos significados a sus situaciones y generando un espacio de confianza en el cual podía expresar tranquilamente lo que estaba sintiendo y que estaba afectando su estado emocional.

Se puede observar de igual modo que su salud se puede ver alterada por la realización de prácticas inadecuadas durante el embarazo como el consumo de sustancias psicoactivas que llevan a un abuso fetal enmarcado por un sinnúmero de complicaciones para el feto; su desempeño como trabajadora sexual, el maltrato intrafamiliar y la vulneración de derechos.

El entorno es cualquier contexto que influye o es influido por la persona en cuanto a lo cultural, social, económico y político. Se debe procurar que sea ella misma quien haga los cambios pertinentes, para así mitigar las circunstancias dadas expresamente por su entorno, explicándole la implicación que puede tener el entorno físico en su salud, la de su hijo por nacer y los que ya tiene, lo cual puede disminuir en cierto grado los factores de riesgo manteniendo el sitio limpio, una adecuada higiene, unos hábitos alimenticios adecuados adaptados a su situación socio-económica. También se puede influenciar en este entorno explicándole sus derechos por ley, a los cuales debe acceder y en su entorno familiar, enseñándole a generar espacios de diálogo para fomentar una adecuada convivencia

2.1 Aplicación de los 5 procesos de cuidado

2.1.1 Mantenimiento de creencias: Mantener la fe o la creencia de que la mujer gestante tiene la capacidad de salir adelante, generando empatía, logrando una comunicación asertiva, confiando en que por medio de las intervenciones del profesional podía adquirir la capacidad resolutoria para sus problemas, sin juzgar en ningún momento su historia y sin querer cambiar sus creencias, pues constituyen la esencia del ser humano; más bien, tomándolas como apoyo para potenciar factores protectores e iniciar el autocuidado para ella y su hijo por nacer, permitiéndole crear una alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista y estando a su lado en cualquier situación.

2.1.2 Conocer: El conocimiento o búsqueda es un esfuerzo por entender el significado de un suceso en la vida del otro, tal como es, desde lo emocional, desde sus capacidades y conocimientos, brindando espacios para poder generar una conversación, que permitan conocer más a fondo su realidad y de este modo brindar cuidado con conocimientos previos de:

- Maternidad segura.
- Control prenatal.

- Exámenes a los que tenía derecho.
- Valores normales de los exámenes.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Planificación familiar.

También esto implica conocer su historia de:

- Trabajadora sexual.
- Drogodependencia.
- Disfunción familiar inadecuada.

2.1.3 Estar con: La compañía es estar emocionalmente presente en el otro; que la persona perciba que hay disposición para aclarar sus dudas, proporcionando espacios para que se exprese y reflexione sobre las diferentes circunstancias por las que está pasando y enseñar lo que necesita hasta que se empodere del cuidado, creando un vínculo con ella mediante una comunicación asertiva para fortalecer conocimientos previos; ello implica compromiso, estar ahí, capacidad de comunicación, compartir sentimientos sin abrumar y transmitir disponibilidad.

2.1.4 Hacer para: Hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. También implica que en el actuar diario se haga las cosas bien, se informe y explique de la mejor manera y a la vez se reconforte al otro.

Se logró reportar a la mujer gestante a la red de salud en el municipio de Armenia para que fuera censada y pudiera optar por una EPS, brindando la información en cuanto a derechos se refiere y todo lo relacionado con el proceso de gestación, aplicando AIEPI, dando pautas de crianza y explicando los exámenes de laboratorio a los que tiene derecho dentro de los controles prenatales; además dando a conocer los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en cuántos hijos quiere tener, dando información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos a los que puede acceder. También se brindó información sobre estimulación prenatal, alimentación, todo contemplado desde el componente de AIEPI.

2.1.5 Permitir o posibilitar: Es ayudar o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida. Este proceso incluye las estrategias educativas que se utiliza para que las personas aprendan a cuidarse, facilitando que la madre tenga una experiencia beneficiosa durante su proceso de gestación, brindando herramientas para que pueda hacer valer sus derechos y realizando actividades beneficiosas durante la gestación y con sus hijos. Aquí es necesario generar alternativas, retroalimentar permanentemente, hacer seguimiento y evaluar o validar lo que se ha aprendido.

Referencias

- Larguía, A., González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P. y Esandi, M. (2011). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), Conceptualización e implementación del modelo. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
- (2015). Salud sexual y reproductiva. Planificación familiar. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/es/
- Pardo, R., Gaitán, H., Gómez, P., Pinilla, A. y Bustos, J. (Coord.). (s.f.). Guía 3: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Recuperado de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>
- República de Colombia, Ministerio de Salud. (s.f.). Norma técnica para la atención del parto. Recuperado de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

Propuesta de cuidado para un trato diferente a la gestante adolescente, fundamentada en la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Magdely Prado Galarza¹

Gehovel Rocío Montes

Resumen

Encuentros específicos para gestantes adolescentes facilitaron su participación y aprendizaje, dado que éstas refieren que al reunir las con las gestantes adultas, se sienten intimidadas y juzgadas. Por otra parte, es una estrategia que facilita a la enfermera enfocar el cuidado hacia las necesidades de esta población.

La aplicación práctica de una teoría de mediano rango como la de Kristen Swanson facilita la fundamentación de las actividades realizadas y permite visualizar de forma clara el objetivo en las intervenciones de enfermería, facilitando el reconocimiento del trabajo enfermero.

Palabras clave: Teoría de los cuidados, adolescente, necesidades, cuidado.

Proposal of care in order to give a different treatment to pregnant adolescent, based on Swanson's Theory of Caring.

Abstract

Specific meetings to pregnant adolescents facilitated their participation and learning, as they feel intimidated and judged by being together with the adult pregnant women. Moreover, it is a strategy that facilitates nurse to focus care on the needs of this population.

The practical application of Kristen Swanson's middle range theory of caring facilitates the justification of activities, and displays clearly the goal in nursing interventions, simplifying the recognition of nurses' work.

Key words: Theory of caring, teenager, needs, care.

1. Introducción

La población adolescente enfrenta cambios que implican pasar de la niñez a la edad adulta, situaciones que producen cierto tipo de vulnerabilidad al carecer de conocimientos previos debido a la inmadurez física y psicológica que esta edad representa. Más aún, cuando se trata de una gestación, las herramientas para asumir el nuevo rol son mínimas.

Los objetivos de la propuesta están íntimamente relacionados con el cuidado humanizado hacia la población adolescente, significativamente vulnerable.

¹ Enfermera; Especialista en Cuidado Materno perinatal con apoyo familiar, Universidad Nacional de Colombia; Enfermera Hospitalización Adultos y Maternidad, Clínica del Country. Docente ocasional, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: mpradog@unal.edu.co

2. Desarrollo de la experiencia

Realizar encuentros específicos para adolescentes facilitó la participación de éstas, ya que refieren que el reunir las con las gestantes adultas, las intimida, al sentirse juzgadas.

Para lograr el impacto deseado desde lo cualitativo se tuvo en cuenta la priorización de necesidades en conjunto, con el fin de desarrollar actividades a partir de las cuales se diera cumplimiento a este proceso.

Es importante involucrar a la familia en estos encuentros, especialmente a la madre de la gestante, ya que son espacios donde pueden conocer los sentimientos de sus hijas, porque en casa son escasas las oportunidades.

Al final de los encuentros se aplicó a las participantes la escala de cuidado profesional de Kristen Swanson, encontrando un resultado porcentual alto en las calificaciones, tanto en la enfermera como en el sanador compasivo y competente, lo cual indica que las participantes reconocen la importancia del cuidado de enfermería y anima a seguir trabajando por el bienestar de las adolescentes gestantes.

Dispositivos pedagógicos para la comprensión y aplicación de la Guía Práctica Clínica de ITS/ITG

Julián David Martínez Rico¹

Daniel González Roldán²

Fernando Antonio Gañan Largo³

Resumen

Proyecto de intervención que tendrá como base fundamental la didáctica y la ciencia del cuidado, el cual estará enfocado principalmente hacia el personal de salud de centros de primer nivel de atención, e indirectamente a la población que consulte o reciba educación sobre salud sexual y reproductiva (SSR). Se elaborará dispositivos didácticos para las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el abordaje sindrómico del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones del tracto genital (ITG). Este proyecto ofrecerá una mejor adopción de las guías que se espera reflejar en los índices evaluados por el Instituto Nacional de Salud (INS) y en un mejor contexto social, cultural y político en Armenia, Colombia, e impactará en el cuidado, combinando la intervención clínica con enfoque educativo para generar conductas promotoras de salud en grupos poblacionales.

El objetivo general es estructurar una propuesta pedagógica para el personal de salud del primer nivel de atención de Armenia –Quindío- para la comprensión y aplicación de la GPC de ITS/ITG. Por su parte, los objetivos específicos estarán enfocados a definir una propuesta pedagógica para la construcción de dispositivos didácticos GPC de ITS/ITG, construir los dispositivos pedagógicos para la GPC de ITS/ITG para el personal de salud y los sujetos de atención de Armenia, y finalmente, aplicar los dispositivos pedagógicos correspondientes al personal de salud del primer nivel de atención en la prueba piloto de Armenia, y adaptar el modelo de Stufflebeam (1987) al proceso de aplicación de los dispositivos pedagógicos implementados al personal de salud de Armenia.

Palabras clave: Estrategia educativa, Personal de salud, Colombia, Guía de práctica clínica.

Pedagogical devices for the understanding and application of the Clinical Practice Guidelines STI / GTI

Abstract

This intervention project will have as fundamental basis teaching and science of care, and shall be focused mainly on staff health centers, primary care level, and indirectly the population to consult or receive education on sexual and reproductive health (SRH). Didactic devices for Clinical Practice Guidelines (CPG) for the syndromic approach to the diagnosis and treatment of patients with sexually transmitted infections (STIs) and genital tract infections (GTI) will be developed. This project will provide better adoption of the guidelines, expected to be reflected in the indices evaluated by the National Institute of Health (NIH) and a better social, cultural and political context in Armenia, Colombia, and will impact on care, combining clinical intervention with the educational approach to generating health promoting behaviors in different population groups.

The main objective is to structure a pedagogical proposal for primary health care staff in Armenia -Quindío- for the understanding and application of the CPG STIs / GTI. For their part, the specific objectives will be

¹ Correo electrónico: julian529@msn.com

² Correo electrónico: danielg10215@hotmail.com

³ Correo electrónico: ferchometal1691@hotmail.com

focused on defining a pedagogical proposal for the construction of educational devices CPG STIs / GTI, build pedagogical devices for CPG of STIs / GTI for health personnel and the subject of attention in Armenia and finally, apply the training devices relevant to staff primary health care in the pilot test of Armenia, and adapt Stufflebeam's model to the implementation process of teaching devices.

Key words: Educational Strategy, Health staff, Colombia, Clinical Practice Guidelines.

1. Introducción

En la actualidad nacional, y ya en estudios de analistas, políticos y económicos desde finales de la década del 90 y mucho antes, se venía evidenciando la crisis de muchos de los sectores, que ha desencadenado o deja como consecuencia, crisis en la dinámica económica y estatal. El sector salud no es ajeno a ella, y por el contrario, es una de las áreas más afectadas, dada la inadecuada atención, los recursos insuficientes, la privatización y numerosos problemas más, que tienen en riesgo a la población (Ahumada, 1998). Así pues, la necesidad de organizar y profundizar en la atención, ser más específicos y generar protocolos para cada situación, es una de las muchas estrategias para intentar mitigar la problemática.

El tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) cuenta con muchas dificultades tales como, tradiciones culturales arraigadas, falta de información y abandono estatal, entre otros (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003), desviando nuestra mirada y enfocándola en el manejo pedagógico o en la intervención educativa, lo cual lleva a contemplar que no se está resolviendo ni mejorando la situación y en cambio, los esfuerzos se tornan vanos al observar que en muchos de los centros de salud no se aplica de manera concreta los métodos educativos propuestos desde las guías de atención a las ITS (Campero, 1990) mientras que en países donde el componente educativo es fundamental, sus cifras de infección van disminuyendo (Torres y Lantero, 2000).

En Colombia se ha ido desarrollando una serie de estrategias en las cuales se busca mejorar los procesos de atención existentes, optimizando los métodos de capacitación y actualización del personal de salud por medio de herramientas con contenido científico comprobado y adaptado a las necesidades de la población del territorio nacional. Este trabajo se está llevando a cabo por medio de las diversas instituciones encargadas de la salud pública, por tanto se ha creado el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS, 2013), el cual tiene la labor de desarrollar las Guías de Práctica Clínica (GPC), que se está comenzando a implementar en el territorio nacional; entre éstas se encuentra la guía para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ITS y otras infecciones del tracto genital (ITG), las cuales serán el centro de trabajo de este proyecto.

Teniendo pues como base de iniciativa investigativa, la construcción de dispositivos y material educativo para las guías existentes de atención de las ITS en el país, se llevará a cabo propuestas educativas, tomando la información científica aportada por el contexto internacional y complementando con la opinión y/o aportes de expertos en el tema pedagógico, que se busca, sean una fuente importante para lograr una mayor captación tanto del personal de salud como de la población, por medio de planes educativos acordes con las necesidades y características correspondientes, por tanto se esperará que los dispositivos pedagógicos para la población puedan ser utilizados por el personal de salud de forma fácil, cómoda y efectiva en el momento de su aplicación. Igualmente, se espera contar en la finalidad del proceso, con unas propuestas educativas contextualizadas en las necesidades y características, tanto del personal perteneciente a la entidad o complejidad del servicio de salud que las aplicará, como las características del paciente, entre las cuales se tomará el nivel educativo, estado de salud, características diagnósticas, curso en el ciclo vital, entre otros.

Se pretende crear interés en el ámbito académico, de salud y especialmente en el gremio de enfermería, pues la construcción de la propuesta pedagógica será ejecutada desde dicha profesión, para el resto de los integrantes del equipo de salud y principalmente para la población sujeto de atención del territorio nacional.

2. Desarrollo de la experiencia

El presente proyecto de intervención consiste en realizar un proceso de transposición de la información, llevando el conocimiento científico al hacer saber, teniendo como base fundamental la didáctica y la ciencia del cuidado, donde se abarcará los fenómenos y sujetos de estudio desde diversos puntos de vista, permitiendo un análisis y contextualización más profundos sobre el tema que se tratará, el cual, para este proyecto, es el desarrollo de dispositivos educativos que permitan la adecuada comprensión de las GPC, partiendo desde una compilación con evidencia científica. Además se contemplará las estrategias elaboradas para las GPC desarrolladas por el IETS. Para este proyecto se tendrá en cuenta 4 fases principales:

- **Fase 1:** Identificación de los centros de atención que ofrecen servicios de SSR.
- **Fase 2:** Análisis y construcción de dispositivos pedagógicos.
- **Fase 3:** Implementación de dispositivos pedagógicos (Prueba piloto)
- **Fase 4:** Evaluación de los dispositivos pedagógicos.

El proyecto se encuentra en ejecución, por lo tanto los resultados concretos no están disponibles; se muestra una proyección de los productos tras la implementación de los dispositivos.

Tabla 1. *Fases o pasos basados en el método científico*

Fases del proyecto	Actividades	Producto
Fase 1: Identificación de las instituciones de atención que ofrecen servicios de SSR.	Observación y delimitación de los centros de atención de SSR en Armenia.	Base de datos con instituciones que cuenten con servicio de SSR.
Fase 2: Análisis y construcción de dispositivos educativos.	Búsqueda de información indexada y otras fuentes científicas.	Documento con revisión bibliográfica.
	Categorización de la información encontrada.	Documento con categorías de la revisión bibliográfica.
	Depuración de la información por las categorías planteadas.	
	Reunión con expertos en educación, estrategias y dispositivos educativos en Armenia.	Documento con información aportada por expertos en educación.
	Triangulación y análisis de la información obtenida de la compilación bibliográfica con evidencia científica y los expertos.	Contraste de la información obtenida tras la revisión bibliográfica y la reunión con expertos
	Realización de los dispositivos educativos para la comprensión y aplicación de la GPC de ITS/ITG.	Dispositivos educativos con información incluyente.
Fase 3: Implementación de dispositivos y estrategias educativas (Prueba piloto)	Selección de las instituciones de atención para la ejecución de la prueba piloto.	Convenio de aplicación de la prueba piloto.
	Caracterización del personal de salud.	Documento con información del personal de salud de las instituciones seleccionadas.
	Selección de los dispositivos para el proceso de capacitación.	Propuestas didácticas a aplicar en la prueba piloto.

Fase 4: Evaluación del proceso educativo, comprendiéndolo desde la implementación conjunta de estrategias y dispositivos educativos.	Definir herramientas de evaluación para los procesos educativos.	Herramientas de evaluación para ser aplicadas posteriormente a la educación.
	Descripción de resultados del proceso educativo.	Documento con resultados del proceso educativo.

Fase 1: Identificación de los centros de atención que ofrecen servicios de SSR.

a. Observación y delimitación de los centros de atención de SSR en Armenia: se llevará a cabo el reconocimiento de las entidades de salud que ofrecen los servicios de SSR en la ciudad, con el fin de identificar la población sujeto del proyecto; de esta manera se podrá establecer una base de datos para definir los centros de atención que serán intervenidos durante la prueba piloto.

Fase 2: Análisis y construcción de dispositivos pedagógicos.

a. Búsqueda de información indexada y otras fuentes científicas: durante este período se llevará a cabo la revisión tanto de información en bases de datos indexadas, como la información científica publicada en otros medios. De esta manera se puede garantizar información actualizada para efectuar la adaptación en diferentes ayudas educativas, de los parámetros que serán utilizados en el territorio nacional en las GPC, específicamente, las que conciernen al manejo de ITS/ITG.

b. Depuración de la información por las categorías planteadas: la información obtenida será depurada por medio de la implementación de unas categorías de análisis contempladas previamente y durante la ejecución de la búsqueda de los datos necesarios. El programa utilizado para ello será la versión de Excel 2013, en un cuadro de categorización de la información por medio de colores claves.

c. Categorización de la información encontrada: la clasificación de la información obtenida se llevará a cabo por medio de categorías obtenidas previamente y durante la revisión bibliográfica a nivel internacional, que será realizada en los diversos medios contemplados, la cual será ejecutada tomando colores claves para cada una de las categorías primarias, como se muestra a continuación:

Tabla 2. *Categorización*

Categorías principales	Categorías secundarias	Colores claves de categorización
Educación	Inicial,	
	Durante,	
	Después.	
Estrategia educativa	Individual,	
	Colectiva (pequeños grupos, grandes grupos),	
	Ayuda educativa.	
Inclusión	Grupo etario,	
	Grupo poblacional.	
Comunidad	Caracterización social,	
	Visita domiciliaria,	
	Segundo control.	

Medios de comunicación	Oral,
	Internet,
	Vía telefónica,
	Otros medios.

d. Realización de los dispositivos pedagógicos para la comprensión y aplicación de la GPC de ITS/ITG: posterior al análisis, la estructuración de la información y las acciones encontradas en las diferentes referencias que demuestren mayor efectividad, se planteará estrategias y dispositivos educativos desde la enfermería, a las distintas áreas de la salud e investigación, atendiendo a la necesidad de brindar acciones que demuestren efectividad por medio de procesos incluyentes, dando así cumplimiento al objetivo general del proyecto. Cabe resaltar que el IETS desarrolló un Manual de Implementación de las GPC (Duarte, Torres y Vélez, 2014) el cual es la reunión de dispositivos que han demostrado eficacia en procesos educativos en salud, clasificándolos de acuerdo con su grado de efectividad; por ende, el grupo investigativo tomará parte del manual, como soporte a las ayudas educativas que se planteará.

Fase 3: Implementación de dispositivos pedagógicos (Prueba piloto).

a. Selección de los centros de atención para la ejecución de la prueba piloto: durante esta etapa se llevará a cabo una observación de los centros de atención de Armenia que cuenten como mínimo con tres requisitos: consultas de SSR, personal de salud capacitado en SSR, gran afluencia de población, entre otros. Posteriormente se delimitará los centros de salud que aporten a los procesos de ejecución y evaluación del proyecto planteado.

b. Caracterización del personal de salud: en este proceso se realiza una identificación del personal de salud del cual disponen los centros de atención que brinden los servicios de SSR; además se ejecutará una encuesta que permitirá obtener una descripción de las características básicas del personal de salud, para lo cual se tendrá en cuenta: nivel educativo (capacitación en SSR), edad, género y otras características relevantes en un proceso de capacitación, por medio de las cuales se escogerá y adaptará los dispositivos pedagógicos que posibilitarán obtener un mayor grado de comprensión de la GPC para el personal de salud, que permita desarrollar un proceso de aplicación de la misma en su campo laboral, mejorando así las condiciones de salud para la población.

c. Selección de los dispositivos pedagógicos para el proceso de capacitación: para esta etapa se tomará la caracterización realizada al personal de salud capacitado en SSR de los centros de atención, y así, ejecutar el debido proceso de análisis basado en información científico-práctica que permitirá la selección de los dispositivos pedagógicos que serán aplicados durante el proceso de capacitación en la prueba piloto, con el fin de que haya una adecuada aceptación, comprensión, adopción y adecuada implementación en el contexto laboral, mejorando las prácticas de salud que serán aplicadas a la población, garantizando de esta manera, una atención integral y un cuidado holístico partiendo desde el personal de enfermería.

Fase 4: Evaluación de los dispositivos pedagógicos.

a. Definir herramientas de evaluación para los procesos de aplicación de dispositivos pedagógicos: la evaluación del proceso educativo se realizará con base en el modelo de Stufflebeam (1987), Modelo CIPP, mediante el cual la aplicación de las herramientas a definir se llevará a cabo antes, durante y después del proceso educativo. Por consiguiente, las herramientas evaluativas comprenden métodos orales y escritos que serán definidos de acuerdo con las características de la población.

b. Descripción de resultados del proceso evaluativo: teniendo en cuenta que el modelo evaluativo a utilizar será el modelo CIPP, durante el proceso se debe contrastar los objetivos planteados y los resultados de la evaluación.

3. Resultados esperados directos e indirectos:

- Desarrollar dispositivos pedagógicos y su correspondiente material, respondiendo a las necesidades de la población sujeto (Personal de salud y comunidad).
- Ejecutar procesos de capacitación con mayor efectividad, que permitan mayor comprensión, adhesión y ejecución de las GPC.
- Comprobar efectividad de los procesos desarrollados (prueba piloto) en el personal de salud de centros de atención de primer nivel de la ciudad de Armenia, Quindío.

4. Estrategias de comunicación, incluyendo publicaciones. Productos esperados:

- Publicación en base de datos de la Universidad del Quindío.
- Realización de seminarios.
- Participación en foros.

Referencias

- Ahumada, C. (1998). Política social y reforma de salud en Colombia. *Revista Papel Político* 7, 9-35. Bogotá - Colombia
- Campero, L. (1990). Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. *Salud Pública de México*, 32(2), 192-204. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Duarte, A., Torres, A. y Vélez, C. (2014). Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documents/Guia%20Pedagogica%20implementacion.pdf>
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), 632-640.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2013). Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Recuperado de <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Paginas/its-infecciones-de-transmision-sexual.aspx>
- Stufflebeam, D. y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid, España: Paidós-MEC
- Torres, R. y Lantero, M. (2000). Acerca del programa integral de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA en Cuba. *RESUMED* 13(2), 76-79.

Bibliografía

- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. (2013). Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Guía No. 16. Recuperado de http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/ITS/GPC_Prof_Sal ITS.pdf
- Mora, A. (2004). La evaluación educativa: Concepto, períodos y modelos. *Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”*, 4(2).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2015). Lucha contra la exclusión. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/inclusive-education>.

Juego, arte y trabajo: elementos para el cuidar desde la educación para la salud

Mary Cielo Florez García¹

Resumen

En la asignatura de Pedagogía y Educación en Salud del Programa de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Cali, los y las estudiantes reconocen la importancia de educar en salud de forma clara y contundente a individuos, familias y comunidades, de manera que puedan asumir con responsabilidad y autonomía sus decisiones en salud, partiendo del respeto al otro.

La educación para la salud es clave para el ejercicio del cuidado, en el que los y las estudiantes de enfermería, por medio de metodologías lúdicas, en un espacio de reflexión y acción, aprenden haciendo a través del juego, el arte y el trabajo, asumiendo desde el reconocimiento del otro un cuidado adecuado en sus contextos y realidades propias.

Esta propuesta se implementó desde el segundo semestre del año 2013 hasta la actualidad, caracterizándose por tener un abordaje integral desde el cuidado de enfermería, en la que se articula la fundamentación teórica, las herramientas pedagógicas y la creatividad, todo ello canalizado por el docente quien asume un papel de orientador y acompañante.

El entusiasmo y la creatividad unidos al disfrute y a la libre expresión de sus potencialidades, son fuente de inspiración para que los y las estudiantes creen espacios de cuidado significativos para el beneficio propio y de la comunidad. La preparación de los encuentros y el material educativo les permiten experimentar el cuidado desde la óptica de posibilitar al otro tomar decisiones benéficas para su vida, además de incluir el respeto, el reconocimiento de realidades, de aspectos culturales y del ciclo vital.

Palabras clave: Educación para la salud, juego, arte, trabajo, cuidado.

Game, art and work: elements for the caring since the education for health

Abstract

In the course “Pedagogy and Education in Health”, Nursing Program at *Universidad Libre* in Cali, Colombia, the students recognize the importance of educating clearly for health to individuals, families and communities, so that they can take their health decisions with responsibility and autonomy, based on the respect for others.

Health education is the key to the exercise of care, where nursing students through recreational methodologies, in a space of reflection and action, learn making by means of play, art, work, assuming an adequate care in their own contexts and realities from the recognition of other.

This proposal was implemented since the second half of 2013 so far, characterized by having a comprehensive approach from nursing care, in which the theoretical foundation, educational tools and creativity are articulated, all channeled by the teacher who assumes the role of counselor and companion.

The enthusiasm and creativity linked to the enjoyment and free expression of their potential are sources of inspiration for the students create meaningful spaces for personal and community benefit. The preparation

¹ Enfermera, Universidad del Valle; Especialista en Salud familiar, Universidad del Valle. Docente Programa de Enfermería, Universidad Libre, Cali; Coordinadora de la asignatura Enfermería básica en atención primaria. Participante en la asignatura Educación para la salud. Docente de la Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Correo electrónico: cieloprofe@hotmail.com

of the meetings and educational material allow them to experience care from the perspective of enabling the other to make charitable decisions for their life, and include respect, recognition of realities, cultural aspects and life cycle.

Key words: Health Education, game, art, work, care.

1. Introducción

El Programa de Enfermería de la Universidad Libre, Seccional Cali, en su plan de estudios en el tercer semestre, incorpora la asignatura “Pedagogía y Educación en Salud”, en la cual los y las estudiantes reconocen la importancia de orientar en salud de forma clara, partiendo del respeto al otro, a individuos, familias y comunidades, de manera que puedan asumir con responsabilidad y autonomía sus decisiones en salud. Asumen el cuidado del otro en la práctica desde su reconocimiento, y de esa forma logran apropiarse de diversas metodologías y ayudas que posibilitan un acompañamiento y cuidado adecuados.

En este sentido, al llegar a este nivel en su proceso de formación, los y las estudiantes deben abordar a las personas, el medio ambiente y el contexto de la salud, exponiéndose a procesos de autosensibilización, autorreflexión y autoconciencia, a fin de alcanzar determinado grado de coherencia consigo mismos, y proyectar sus conocimientos, actitudes de amor y compromiso frente al cuidado de los otros.

Es así como, el Programa de Enfermería y desde la asignatura de Pedagogía y Educación en Salud, se generó la necesidad de crear una propuesta de Educación para la Salud en la que los y las estudiantes fueran el eje central de la promoción de la salud, a través de un modelo participativo y de empoderamiento que les garantice un mejoramiento permanente de sus condiciones de salud, previo al cuidado de otros.

Por tanto, la educación para la salud es clave para el ejercicio del cuidado, y busca el reforzamiento de conductas saludables a través de prácticas que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida. Es fundamental que los y las estudiantes de enfermería aborden el conocimiento desde metodologías lúdicas, en un espacio de reflexión y acción, que les permitan aprender haciendo, a través del juego, el arte y el trabajo, para su posterior acercamiento a las personas en sus prácticas y en su futuro quehacer laboral.

Esta propuesta se implementó desde el segundo semestre del año 2013 y ha seguido funcionando hasta la actualidad, caracterizándose por tener un abordaje integral desde el cuidado de enfermería, articulando la fundamentación teórica, las herramientas pedagógicas y la creatividad, todo ello canalizado por el docente, quien asume el papel de orientador y acompañante.

2. Desarrollo de la experiencia

Esta propuesta se centra en llevar a los y las estudiantes a un aprendizaje significativo por medio de metodologías lúdicas que posibiliten la apropiación del nuevo conocimiento a través del juego, el arte y el trabajo, con base en sus conceptos y experiencias previas, lo cual hace posible que se conviertan en actores sociales activos y participativos. En esta propuesta se concibe los tres elementos, de la siguiente manera:

2.1 El Juego: como un espacio para aprender de las vivencias, gozando y disfrutando, en un derroche de creatividad, donde el trabajo y la producción son un placer creativo y satisfactorio, garantizando la formación y evitando el activismo, en una realización compartida, inicialmente con sus compañeros de clase y docente, y posteriormente en su proceso de práctica formativa con individuos, familias y con la comunidad.

2.2 El Arte: como el entusiasmo y la creatividad unidos al disfrute y a la libre expresión de sus potencialidades, que se convierten en fuente de inspiración para que los y las estudiantes recreen y problematicen el conocimiento sobre tópicos específicos de salud para beneficio propio, de individuos, familias y comunidad.

2.3 El Trabajo: como el desarrollo en forma creativa y participativa de temas y problemas concretos de salud en pequeños grupos de trabajo, que hace que la producción del conocimiento en cada encuentro académico sea la suma de la fundamentación teórica y las herramientas pedagógicas necesarias para abordar la estrategia

de Educación para la Salud, en el marco de la Promoción de la Salud, todo ello canalizado por el docente, quien asume el papel de orientador y acompañante.

La propuesta se desarrolló en dos momentos:

2.4 Fase 1: Promoviendo el cuidado de “sí mismo”

A través del juego, el arte y el trabajo, se pretende sensibilizar y promover una serie de actitudes y comportamientos en los y las estudiantes, para fortalecer el conocimiento de sí mismos, su autoestima, autoconcepto y autovaloración como agentes de cuidado en salud, con el fin de prepararlos inicialmente en la atención de su propia salud y para la relación de cuidado con otras personas, siendo receptivos y solidarios frente a las necesidades que identifiquen en ellas.

Los y las estudiantes son llevados a espacios naturales en las afueras de la ciudad, en los cuales, a partir de sus propias vivencias y considerando al ser humano como una unidad cuerpo-mente-espíritu, se busca estimular el poder de sanación natural del organismo a través de técnicas tradicionales como el masaje terapéutico, la aromaterapia, arboterapia, hidroterapia, entre otras, con el fin de aplicarlos en sí mismos. En este ejercicio ellos y ellas realizan una bitácora donde reflexionan y describen, desde su sentir, el significado del día a día de la actividad como actores sociales activos de su propio cambio.

2.5 Fase 2: Promoviendo el cuidado “de otras personas”

Se pretende potenciar la experiencia de promoción de la salud a individuos, familias y comunidades, a los cuales se les realiza una valoración previa para conocer su contexto, con el fin de construir conocimientos y prácticas que promuevan comportamientos saludables y se favorezca los cambios en ellos.

Por medio de estrategias metodológicas orientadas a integrar los conocimientos y destrezas adquiridos en la asignatura y a lo largo de su vida a través del juego, el arte y el trabajo, fueron desarrollados los encuentros educativos en los cuales los y las estudiantes crean los materiales educativos adecuados a los contextos y escenarios de educación para su encuentro educativo durante su práctica. Dentro de esta dinámica, aprenden a comunicarse con los individuos a través de la elaboración de diferentes ayudas educativas como: trabajos manuales, diseño y confección de títeres, material visual y sonoro y ‘clown’.

3. Resultados

El entusiasmo y la creatividad, unidos al disfrute y a la libre expresión de sus potencialidades, fueron fuente de inspiración para que los y las estudiantes crearan espacios de cuidado significativos para el beneficio propio, de los individuos, familias y comunidad.

La preparación de encuentros y material educativo les permitió experimentar el cuidado desde la óptica de posibilitar al otro tomar decisiones benéficas para su vida, además de incluir los detalles del respeto, reconocimiento de realidades, de aspectos culturales y del ciclo vital.

Esta propuesta generó la sensibilización y promoción de una serie de actitudes y comportamientos para fortalecer el conocimiento de sí mismos como sus propios cuidadores y como cuidadores de la salud y la vida de otras personas.

4. Conclusiones

Se espera que con las metodologías lúdicas, que permiten aprender haciendo a través del juego, el arte y el trabajo, los futuros profesionales de enfermería estén en capacidad de asumir, en forma proactiva y responsable las nuevas tendencias mundiales en salud, que apuntan hacia el empoderamiento de las comunidades para mejorar sus condiciones de vida.

Desde la formación en esta disciplina es necesaria la creación de propuestas de aprendizaje significativas que exijan un trabajo desde lo personal y que permitan desarrollar habilidades desde el sentir, el saber y el saber

hacer, que ayuden a evidenciar el papel transformador de los profesionales de enfermería en la salud de los individuos, las familias y comunidades.

La Universidad Libre Seccional Cali y el Programa de Enfermería contribuyen a mejorar la formación integral de los futuros profesionales de Enfermería, a favorecer una cultura de autocuidado y a luchar por mejorar las condiciones de salud en nuestro país, por medio de la elaboración de propuestas innovadoras que involucren metodologías lúdicas.

Escribirse... una experiencia para cuidar

Cruz Deicy Jaramillo Bolívar¹

Resumen

La formación de cuidadores implica compromiso y creatividad, un reto que desde el aula se asume a partir del propósito de fortalecer en valores como la solidaridad, la generosidad y el amor. Esta experiencia permite que los estudiantes se relacionen con otros desde su propia vivencia y sentimientos, y además posibilita generar en ellos la expectativa de saber que tendrán una respuesta y un canal de comunicación con otro cuidador, para reconocer sus fortalezas, debilidades y compromiso con el cuidado y la vida.

Planteado desde la solidaridad y el amor, el ejercicio de escribirse permite a los estudiantes darse al otro desde la autenticidad y la generosidad, favoreciendo el respeto mutuo y el encontrarse desde la óptica del cuidado, reflexionar sobre el ejercicio de cuidado y compartir opiniones, experiencias y sentimientos a través de cartas.

Palabras clave: cuidar, enseñanza, experiencia.

Write... an experience to care

Abstract

The formation of caregivers takes commitment and creativity, a challenge from the classroom, assumed from the purpose of strengthening values such as solidarity, generosity and love. This experience allows students to relate to others from their own experience and feelings, and also enables them to generate the expectation of knowing that they will have an answer and a channel of communication with other caregivers to recognize their strengths, weaknesses and commitment care and life.

Raised through solidarity and love, written exercise allows students to take the other from the authenticity and generosity, promoting mutual respect and meet from the point of care, reflecting on the exercise of care and share opinions, experiences and feelings through letters.

Key words: care, education, experience.

1. Introducción

En la formación de profesionales de enfermería es pertinente la inclusión de ejercicios pedagógicos que favorezcan la reflexión de las vivencias que caracterizan el cuidado, el ejercicio de escribir cartas aporta como elemento innovador y creativo en la formación.

Al concebir la escritura de cartas como un proceso de interacción entre pares, se entiende el significado que tiene para el estudiante el cuidado a sí mismo y a las personas como seres integrales, porque las reflexiones obtenidas de estos relatos permiten reconocer aspectos claves para el ejercicio profesional, para el análisis de las cartas se tienen en cuenta los patrones de conocimiento de enfermería.

La formación de cuidadores, implica compromiso y creatividad, un reto que desde el aula se asume desde el fortalecimiento de valores como la solidaridad, la generosidad y el amor.

¹ Enfermera, Universidad del Valle; Magíster en Enfermería, Universidad del Valle. Docente Programa de Enfermería, Universidad Libre – Cali; Coordinadora de la asignatura Educación para la salud; Participante en la asignatura Enfermería básica en atención primaria. Docente Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Correo electrónico: cruz_nurse@hotmail.com

Objetivos

- Reflexionar sobre las vivencias que caracterizan el cuidado, a través de la comunicación escrita a otro estudiante de enfermería.
- Compartir opiniones, experiencias y sentimientos en torno al cuidado a través de cartas.
- Reconocer el cuidado como eje fundamental de la formación y del futuro ejercicio profesional.

2. Desarrollo de la experiencia

Esta experiencia pedagógica, se realiza con los estudiantes de tercer semestre de Enfermería de la Universidad Libre- Cali en la asignatura Pedagogía y Educación para la Salud y los estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle en la asignatura de Resiliencia y tiene como base la lectura del libro Cátedra Manuel Ancizar, Cuidado de la Vida de la Universidad Nacional de Colombia, en cada clase de la asignatura Pedagogía y Educación para la Salud, se lee un fragmento y desde la reflexión personal cada estudiante escribe una carta expresando su opinión y el aporte de aquella lectura en la formación como cuidador, esta carta no tiene un destinatario definido y es entregada al azar a estudiantes de enfermería de otra institución universitaria el cual responde a esta y es devuelta. Las cartas son leídas voluntariamente en clase, y junto a las docentes son discutidas de acuerdo a las vivencias de práctica o situaciones propias de la formación, tratando de identificar los patrones del conocimiento de enfermería y aspectos claves para el fortalecimiento del ser del profesional de enfermería.

3. Conclusiones

La escritura de cartas permite reconocer, diversas expresiones de cuidado que se hacen visibles de acuerdo a la interacción y relación libre, válida, enriquecedora y diferente tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda.

A través de la escritura es posible que se hagan evidentes y se reconozcan sentimientos como el temor, la esperanza, el amor, la generosidad y el deseo de ayudar al otro que son fundamentales para realizar el acompañamiento a los estudiantes en el proceso de convertirse en cuidadores.

La humanización del cuidado, requiere un reconocimiento de la humanidad del propio cuidador que expresa y vivencia sus sentimientos como válidos y que le aportan a humanizar las relaciones con sus pares, las personas a su cuidado y los entornos de cuidado.

4. Aportes a la profesión

Esta experiencia permite que los estudiantes se relacionen con otros desde su propia vivencia, desde el sentimiento y además permite generar en ellos la expectativa de saber que tendrán una respuesta y un canal de comunicación con otro cuidador, reconocen sus fortalezas, sus aspectos débiles y su compromiso con el cuidado y la vida.

Planteado desde la solidaridad el ejercicio de escribirse permite a los estudiantes darse al otro desde la autenticidad y la generosidad, favoreciendo el respeto mutuo y el encontrarse desde la óptica del cuidado en el escenario de ser en un futuro colegas que han vivido situaciones de cuidado que los han fortalecido para el cuidado al otro.

El desarrollo de propuestas de aprendizaje significativas que incorporan el sentir, el saber y el saber hacer, permiten reconocer la importancia del papel fundamental de los profesionales de enfermería en el cuidado humanizado.

Referencia

- Muñoz, L., López, A. y Gómez, O. (Eds.). (2007). *Cátedra Manuel Ancizar, El cuidado de la vida*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Mendoza R. La escritura reflexiva como práctica cotidiana de los pre-adolescentes y los adolescentes españoles: situación actual y características asociadas. *Revista de educación* Numero 335. 2004. Available from: http://www.revistaeducacion.mec.es/re335/re335_29.pdf
- Soarin A. Las cartas de queja en el aula de inglés para turismo, implicaciones pedagógicas basadas en el uso de recursos de cortesía. Tesis doctoral. Abril 2003. Available from: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10435/cap4.pdf;jsessionid=B2FF4B2333295348880EEA9B220C952E.tdx1?sequence=7>
- Fernández A. Didáctica de la escritura. Editorial Humanitas. 1985. Available from: http://accelera.uab.cat/documents_edo/biblio/didactica_escritura.pdf
- Torres M. La escritura y su importancia en la construcción del conocimiento. Universidad de los Andes-Venezuela. 2002. Available from: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17528/2/maria_torres.pdf
- Morales O. El desarrollo de la escritura de estudiantes universitarios. *Revista Lectura y Vida*. (Nov, 2002) [cited October 2003] Available from: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16463/1/desarrollo_escritura.pdf
- Breto M. Hacia una teoría de la escritura: requisitos para la praxis de la escritura creativa y apuntes sobre su didáctica. (Spanish). *Moenia: Revista Lucense De Lingüística & Literatura* [serial on the Internet]. (2008, Jan), [cited April 9, 2015]; 14405-415. Available from: Fuente Académica Premier.
- Méndez V, De Orozco G. El diario personal: una posibilidad de trabajar la literatura y la escritura en el diálogo de las intersubjetividades. (Spanish). *Zona Próxima* [serial on the Internet]. (2012, July 1), [cited April 9, 2015]; (17): 76-85. Available from: Fuente Académica Premier.
- Barrios G. Espacios de interacción social y configuración de hábitos juveniles de lectura y escritura. (Portuguese). *Nexus* (1900-9909) [serial on the Internet]. (2011, Sep), [cited April 9, 2015]; 1066-95. Available from: Fuente Académica Premier.
- Calderón M. La escritura y los universitarios. (Spanish). *Universitas Humanistica* [serial on the Internet]. (2009, July), [cited April 9, 2015]; (68): 297-340. Available from: Academic Search Complete.
- Uribe-Álvarez G, Camargo-Martínez Z. Prácticas de lectura y escritura académicas en la universidad colombiana. (Spanish). *Magis: Revista Internacional De Investigación En Educación* [serial on the Internet]. (2011, Jan), [cited April 9, 2015]; 3(6): 317-341. Available from: Fuente Académica Premier.
- MERCEDES ALZATE-MEDINA G, BERNARDO PEÑA-BORRERO L. La tutoría entre iguales: una modalidad para el desarrollo de la escritura en la educación superior. (Spanish). *Universitas Psychologica* [serial on the Internet]. (2010, Jan), [cited April 9, 2015]; 9(1): 123-138. Available from: Academic Search Complete.
- Pérez Abril M, Rodríguez Manzano A. ¿Para qué se lee y se escribe en la universidad colombiana? Caracterización de prácticas de lectura y escritura en 17 universidades. (Spanish). *Revista De Docencia Universitaria* [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited April 9, 2015]; 11(1): 137-160. Available from: Academic Search Complete.
- San Rafael Gutiérrez S, Siles González J, Solano-Ruiz C. El diario del estudiante de enfermería en la práctica clínica frente a los diarios realizados en otras disciplinas. Una revisión integradora. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited April 9, 2015]; 14(3): 403-416. Available from: Fuente Académica Premier.
- Silva O, Alves E, Rodrigues M. Creativity in higher education of nursing – from the theoretical concepts to the pedagogical effects. *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited April 9, 2015]; 18(40): 27-35. Available from: Fuente Académica Premier.

3^{er} Congreso Internacional Cuidado de la Salud



Clown – enfermera

Amor y cuidado, receta perfecta

Ana María Soto González¹

Resumen

Siempre existen cuestionamientos de la dimensión espiritual, considerada pilar fundamental del cuidado de enfermería; sin embargo desde la academia no se plantea como principal, se ha deshumanizado la atención, se ha vuelto “asistencialista y mecanicista”, y se ha perdido nuestra propia humanidad. Afortunadamente, se cuenta con una estrategia humana que renueva el espíritu: la terapia de la risa a través del *clown*, que se introduce en nuestra parte más íntima; algo “sencillo y cómico” genera cambios de energía y conecta con el universo, rescatando la fuerza para salir de situaciones difíciles en la enfermedad.

Se entiende así que el cuidado requiere de un componente afectivo, en ocasiones complejo, para brindar con personas desconocidas, cambiando notablemente cuando es ampliado por medio del *clown*, un ser bondadoso y amoroso por naturaleza, generando cambios en el ambiente hospitalario y en el profesional de enfermería que brinda el cuidado.

La similitud de esta mirada en la enfermería se conecta con la mirada y esencia del *clown*, en características tales como: despojarse de prejuicios, escuchar y centrarse en el otro, expresar empatía, compasión, reconocer habilidades, conocimientos y limitaciones con las que se cuenta para cuidar del otro, hacer uso del tacto, sonreír, tener optimismo y buen humor, fortaleciendo de esta manera a docentes y estudiantes no sólo como grandes profesionales en conocimiento, sino como seres humanos sensibles, con capacidad de enfrentarse a pacientes con enfermedades físicas complejas y con esa misma complejidad de dolor en su corazón, dando respuesta a mantener protegido o cuidado su ESPÍRITU.

Palabras clave: Cuidado, clown, enfermería, humanización y amor.

Clown – nurse

Love and care, perfect recipe

Abstract

Spiritual dimension, considered fundamental pillar of nursing care has always raised questions. From the academy it does not arise as principal; attention has been dehumanized and become “welfare and mechanistic”; it missed our own humanity. However, it has a simple, humorous and human strategy that renews the spirit: laughter therapy through the clown, which is inserted into our most intimate part, generates energy changes and connects with the universe, capturing the strength to get out of difficult situations in the disease.

Care requires an emotional component, sometimes complex, to deal with strangers, but changes dramatically when it is given through the clown, a kind and loving nature being, which causes changes in the hospital environment and in the professional providing nursing care.

The similarity of this look in nursing connects with the look and essence of clown, to shed prejudices, listening and focus on the other, expressing empathy, compassion, recognize skills, knowledge and limitations that are in place to care for others, make use of touch, smiling, having optimism and good humor, thus strengthening

¹ Enfermera, Unidad Central del Valle del Cauca; Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, Universidad Nacional de Colombia; Diplomado en Humanización de la Salud; Diplomado en Docencia Universitaria, Unidad Central del Valle del Cauca; Diplomado en Auditoría de la Calidad; Diplomado en Atención Primaria en Salud. Docente Tiempo Completo, Unidad Central del Valle del Cauca, Tuluá. Correo electrónico: asoto@uceva.edu.co / anasoto13@hotmail.com

teachers and students not only as great professionals in knowledge, but as sentient human beings, capable of dealing with patients with complex physical illnesses and the same complexity of pain in their heart, responding to keep careful or protected the SPIRIT.

Key words: Care, clown, nursing, humanization and love.

1. Introducción

El *clown* es un personaje que cuida y ayuda en la sanación del corazón del otro, y ayuda a ver las cosas realmente de otra manera; se ubica en la enfermería a partir de la relación enfermero-paciente, familia o comunidad.

Esta experiencia del cuidado ha permitido construir como persona y profesional de enfermería una mirada integradora del ser humano y soportar el conocimiento teórico del cuidado humano a través de las prácticas de *clown*.

El *clown* entonces termina siendo una práctica donde interactúan muchos aspectos que permiten adquirir habilidades frente a la sensibilidad del otro, mejorando el desempeño del personal de enfermería.

2. Desarrollo de la experiencia

Mi experiencia: desde hace 4 años aproximadamente inicié el proceso de *clown* en talleres, por medio de una fundación en Cali, Valle. Posteriormente surgió la inquietud y tomé la decisión de seguir por fuera de ella, en un espacio donde no había este tipo de actividades y personajes, como es la Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA), buscando compañía y apoyo en esta maravillosa “locura” para muchos, pero que iba a llenar los espacios hospitalarios y la universidad de color, más amor y esperanza, por medio de la multiplicación de narices rojas -con mucha responsabilidad social- como un elemento que une corazones y acorta distancias en las relaciones de los pacientes, la familia y los trabajadores de la salud.

Por esta razón surge el Semillero de Proyección Social e Investigación “Corazones Risotones”, un proyecto en el que participan estudiantes de los programas de enfermería y medicina, y docentes, quienes inician el proceso de formación reconociendo su propia humanidad a través de la desnudez de sus emociones y sentimientos, por medio del juego y la risa, comenzando así una transformación de vida para todos los que decidimos seguir este camino. Encontré la necesidad de seguir en la formación del *clown*, para aportarles a los demás este conocimiento y que descubrieran ellos su propio *clown*. Con esta necesidad comienzo a formarme por medio de talleres intensivos con Maestros tales como Talya Weinberg (Israel) con el lenguaje de la fantasía indagando en las técnicas del teatro físico, el cuento metafórico y la creación de títeres; Vanina Grosi (Argentina) con énfasis en Teatro de Objetos, Wendy Ramos con el Clown Hospitalario (Perú), Lucho Guzmán (Colombia) énfasis en clown comunitario, Caroline Dream (España) enfocada a la creatividad clownesca. Esto me llevó a comprender los fundamentos filosóficos que tenía el *clown* para nuestra vida personal, pero también para nuestra vida laboral y académica, a través de la evaluación, renovación, equilibrio y fortalecimiento de las conexiones entre el cerebro y el corazón, activando la creatividad desde el payaso.

A partir de los talleres comenzó a definirse mi personaje: Dulcineta, el que muchos llaman el niño interior, que no es más que encontrar esa esencia que en ocasiones no se expresa a todas las personas y que limita demostrar todo lo que se puede sentir y brindar al otro; esto que nos permite unirnos como verdaderos humanos y más en el *clown* hospitalario y comunitario. Entonces surgen inquietudes frente a la relación de enfermero/a-paciente, en la que frecuentemente dejamos a un lado la conexión entre corazones, alejándonos cada vez más del “verdadero cuidado de enfermería” que requiere de unas características afectivas, permitiendo empatía y reciprocidad entre los dos sujetos que intervienen. Empezamos a rescatar entonces cosas de grandes simplezas como una sonrisa constante al mirar a alguien, pero que se constituyen en las más importantes; tal vez ese pequeño detalle al sonreír, cambia el momento que vive cualquier persona en

situaciones difíciles como es la enfermedad y todas las consideraciones que le atañe, sobre todo en el *clown* hospitalario, estudiando los significados del juego en el hospital, el correcto acercamiento a las personas y la sensibilidad necesaria para situaciones específicas y complicadas que llevan al entrenamiento no sólo técnico, sino como persona.

Como dice Wendy Ramos, del Perú:

La nariz roja tiene poderes. Te da el poder de estar aquí y ahora, de respetar tus emociones y ser fiel a tus impulsos; te da el poder de la valentía absoluta para mirar al mundo con ojos de posibilidad; te da el poder de transformar todo lo que ves en poesía, de acercarte a la gente con el corazón por delante de la mente. ¡Ese es el poder que más me gusta y el que más usamos cuando llegamos a un hospital!

Y así seguimos evaluando que el *clown* tiene mucho que aportar a la enfermería para vivir el cuidado con una mirada diferente: “mirada clown”, permitiendo encontrar en momentos difíciles y de desesperanza, una luz que posibilite llevar más fácil lo que se vive, expresado no sólo para el paciente y su familia, sino además para nosotros los profesionales y estudiantes de enfermería.

Así, encontré características del clown que en su estado genera risa y es cómico, pero que realmente no difiere de lo que el enfermero debe tener a través de su cuidado al otro y con él mismo, como ser apasionado: sentir y hacer todo al cien por ciento de intensidad, ser siempre auténtico, sincero y espontáneo, de tal manera que su mirada sea un espejo; ser libre y desde esa libertad relacionarse con el espacio, el tiempo, los objetos y las personas; ser creativo hasta en las limitaciones; dejar al descubierto el lado más humano de las personas y sin importar la emoción que sienta, transmitir siempre ternura y buscar el cariño de la gente; entender que no puede existir sin el otro, y no transmitir violencia.

Igualmente, tiene una excelente autoestima y cree en su inteligencia, es animoso y positivo, es curioso ante el mundo; su idioma es el humor y la risa es su alimento; su éxito es el fracaso y la aceptación de su imperfecta humanidad. El *clown* es persona de grandes proyectos y objetivos, pero en el camino suele encontrar pequeñas cosas que atraen su atención y se convierten en prioritarias; en su manera de expresar, un gesto vale más que mil palabras, aunque una frase corta a tiempo explica más que mil gestos excesivos, y en algunos casos el silencio terapéutico resulta efectivo, convierte cualquiera de sus actos, incluso el más absurdo, en normal; siempre encuentra solución a cualquier dificultad, porque se mueve donde le toca; su solución *clown* es impensable para cualquier otra persona, pero satisfactoria para él y coherente con su forma.

Al tener esta experiencia y sentir cómo esas características influían en mi persona y en mi profesión, comencé a sentir la unión del *clown* y la enfermería, que podía llevarnos –a los profesionales de la salud- a obtener un mejor cuidado, despertando en nosotros más alegría y una gran voluntad para dejar a un lado los temores, las inseguridades y barreras que nos atan como personas y que impiden que nuestro espíritu evolucione, para llegar a una atención con amor, dedicación, alegría y, sobre todo, vocación. Esto permitía develar la naturaleza y esencia que hay en cada ser humano, a través de una simple sonrisa; es algo extraño pero mágico: esta relación genera un impacto diferente en el paciente, familia o comunidad, que va relacionado con la empatía y que lleva a que la persona se disponga a recibir de manera más positiva todo el cuidado, repercutiendo positivamente en el mejoramiento de la salud y el conocimiento de la misma.

Cada vez sentía que el diálogo del *clown* era ése que quería con las personas a las que iba a servir; esa comunicación en ocasiones muda, pero que nos atrapa con un hilo que permite seguir la mirada constante con el otro y saber qué quiere, para poder dar una respuesta honesta y sincera. Esto nos lleva a comenzar a explorar campos no sólo hospitalarios, sino en espacios de vulnerabilidad social, pues en los dos espacios, de manera cómica y metafórica con la frustración del *clown*, dábamos esperanza a esas personas que más necesitaban de ese aliento para obtener las fuerzas de seguir adelante, como bien lo dice Joaco Martín -un payaso reconocido-:

El clown puede aportar mucho a la sociedad; siempre lo ha hecho y siempre lo hará. Su principal función, creo que es la de recordar a los individuos su humanidad. En efecto, al reírnos de un clown, de su vulnerabilidad, falibilidad, locura, inocencia, estupidez y ridículas pretensiones, sin darnos cuenta, tomamos esa misma distancia, humor y

ternura en relación con nosotros mismos. En este sentido, el clown es una especie de Bodhisattva² que nos acompaña en nuestro camino y nos sana, pues al permitirnos reír, creyendo que reímos de él, nosuiremos de nosotros mismos.

En estos aspectos, nuevamente encontraba la esencia de la enfermería con el respeto y apoyo a la multiculturalidad, con ese componente espiritual que nos habla sobre un área importante del ser humano, teniendo la capacidad además de actuar según ellos lo necesiten, y la flexibilidad en el entorno en que éste se encuentra, para hacer reír y de allí obtener el objetivo propuesto.

Así mismo, se observó cómo los estudiantes que han vivido la experiencia de *clown* en sus prácticas formativas, buscan en el otro algo más que una realización de procedimientos u objetivos sobre el cuidado; buscan un propósito de mejorar su vida; se esmeran por aumentar su felicidad y esto hace que todas las características que tiene el *clown* afloren para entender que no hay imposibles, que la vida tiene otra mirada, aún en situaciones de dolor y sufrimiento; que hay que sacar ese lado positivo a las cosas, llevando a intentarlo en su totalidad, solamente para hacer feliz al otro, viendo así al ser humano con una mirada *clown*, o sea, una mirada integral, entendiendo que el ser humano tiene un área social, espiritual, emocional, física, intelectual y que se conecta con el universo, la tierra y sobre todo con Dios (desde cualquier religión o doctrina), determinando que esto es lo más parecido a lo que nos definen como arte del cuidado desde la esencia mágica que es la sensibilidad humana en el enfermero y quienes reciben el cuidado, con unas características especiales para la enfermería como: Vinculación y relación enfermero-paciente, contacto físico, escucha, vivencias compartidas, acompañamiento, información para el mejoramiento del autocuidado, ayuda al crecimiento del ser humano, preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro (Luevano, 2008), descubriendo así teorías de enfermería que permiten este espacio de reflexión, correspondiente a nuestra visión de enfermería como integrativa y recíproca.

Aprendí que el payaso hospitalario y social o comunitario se debe formar con una imaginación que no tenga fronteras y no se pierda; que su paisaje sea infinito como el cielo, pero de mil colores como el arco iris, permitiendo diferentes miradas y opciones de trabajo.

Por eso concluyo y siento que el mundo está necesitando personas que se reconozcan como auténticos seres humanos: personas vulnerables, tiernas, sinceras y preocupadas por mejorar las relaciones humanas, como lo es el enfermero clown: receta perfecta.

Como una de mis lecciones de vida, cada vez que realizo el *clown*, termino diciendo: “Hoy vibré, sentí, reí, me di cuenta con esto, una vez más, que estoy viva”.

Referencias

- Luévano, S. (2008). El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. *Synthesis*, 45. Recuperado de http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf
- Naranjo, J. et al. (2009). El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia) Reporte de una experiencia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(1), 99-113.
- Pinzón, L. (2009). *El cuidado espiritual en enfermería: ¿Utopía o esperanza?*. Manizales: Universidad de Caldas.

² Un bodhisattva es una persona que se esmera en cultivar la sabiduría para aminorar el dolor de los otros y el suyo propio.

Percepción de los cuidados de enfermería al otro lado de la puerta: la experiencia de una enfermera con cáncer

Andrea Milena González Martínez¹

Resumen

Siendo enfermera profesional con más de 14 años de experiencia en el cuidado del paciente, sin ningún tipo de afectación de mi salud y contribuyendo a un servicio humanizado fortalecido desde mi formación y desempeño laboral en el hospital, sumado a lo aprendido en la familia, un día a mis 32 años me diagnostican cáncer de seno estadio III, lo cual cambia totalmente el rumbo de mi existir y me convierte en una paciente oncológica sometida a múltiples y agresivos tratamientos.

Con todo esto, tomo la posición de paciente, luego de ser una enfermera que cuidaba; de ahí surge una cantidad de sentimientos durante la atención recibida por diferentes personas del área de la salud, modificando la percepción de los cuidados de Enfermería al otro lado de la puerta, en una herramienta impredecible para compartir y aportar a la profesión de enfermería, contribuyendo positivamente al fortalecimiento y trascendencia del cuidado de enfermería como parte fundamental en la atención integral, con calidad; y lo más importante, con sentido humano.

Cuando ya no soy la enfermera sino la paciente con conocimientos que espera la atención, cada situación vivida se va convirtiendo en la oportunidad para aportar, desde el hecho de cómo los pequeños detalles en el cuidado son tan valiosos para el paciente, que vale la pena no quedarse en la superficialidad de la atención sino en ir más allá. Cuando se profundiza en el acto de cuidar y todo lo que ello compromete, se permite que todo contacto con el paciente favorezca no sólo su satisfacción física, sino emocional o espiritual, la de su familia y los seres queridos, elementos todos que –unidos– van sumando a la calidad, como factores claves en el cumplimiento de una norma, guía o protocolo y como eje fundamental en todo acto de encuentro con el paciente.

A través de la vivencia de ser paciente y enfermera es donde uno siente, observa y encuentra lo que realmente le falta al cuidado, o lo que ha conservado la profesión de enfermería que enaltece al paciente: recibir la atención cuando lo necesita.

Al identificar muchos de los aspectos que se van perdiendo en el cuidado a causa de otras exigencias o debilidades en el sector salud, o porque el hecho es sólo cumplir lo que corresponde, se nota la limitación hasta el punto de que la atención al paciente se vuelve mecánica y estándar. Surge, entonces, la necesidad, a través de mi propia vivencia y con ejemplos, de revelar al personal de Enfermería cómo los pequeños detalles en la atención transforman el verdadero cuidado y nos hacen ver todo lo que realmente vive un paciente, desde el sentir en su cuerpo, como en su alma y corazón.

Es necesario combinar la calidad técnica, el conocimiento y la capacidad de ver a los demás como seres humanos que requieren de enfermeras que con inteligencia emocional sean capaces de transmitir y llegar al corazón de su equipo de trabajo para que cuiden con amor, respeto, alto tacto y amabilidad al paciente, como ser vulnerable a causa de la enfermedad, como aspectos claves para hacer la diferencia en el cuidado. Todo lo anterior lo llevo desde mi profesión y experiencia como paciente para hacer un canal entre lo que damos en el cuidado y lo que espera un paciente del personal del área de la salud, y el papel tan valioso de Enfermería para liderar con ejemplo y constancia a todos los que hacen parte de la atención del paciente.

Cada persona que asiste a las personas durante la enfermedad, tiene el deber ético de no alejarse nunca, de brindar un cuidado integral y humanizado, acompañado de liderazgo, y el empoderamiento de la profesión en el sector salud.

Palabras clave: Cuidado humanizado, Enfermería, conocimiento integral, cáncer, experiencia.

¹ Enfermera profesional, Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe. Correo electrónico: amgonzalez@hptu.org.co / andreamilenagonzalezmartinez@gmail.com

Caring perception at the other side of the door: the experience of a nurse with cancer

Abstract

Allowing that people of our profession share their experiences of being an oncology patient and a nurse and how the actual care is not in just words but in facts that turns a moment out in a positive and satisfying attention received by the family and the patient, the care concept must go further from the technical application and share the knowledge with the patient, starting from an assertive communication, respect, understanding and involve ourselves into the patient's situation because of "caring" conveys the actual nurse role where the human sensitiveness is necessary for a physical, emotional and a spiritual satisfaction in the patient and his or her friends and family. All these elements build up the quality in the rules, guides and protocols achievement as well as a fundamental axis to get over the painful suffering that being sick means.

This is the most simple example that moves us and invites to a reflection for doing everything even better than we already do, say, and think, because we need to be absolutely honest and clear with the patient.

This living experience allows us to become more subjective and objective to give a warm care and not just a mechanical care, keeping in mind we are working for human beings whose comprehension is required to struggle with his or her fears and sadness.

Now we can say that the experience of a nurse with cancer allows to open the heart of people working for the health field to reflect, self-assess and set new challenges to always benefit the patient which will always be our reason of being and exist in the nursing profession.

Key words: humanized caring, nursing, integral knowledge, cancer, experience.

1. Introducción

Partiendo desde el momento en que me diagnostican el cáncer de seno en estado avanzado, sometiéndome a múltiples tratamientos como quimioterapia, radioterapia y cirugía tan complejas como la mastectomía y reconstrucción, hago un enfoque de cómo la vida de una persona se puede ver afectada por la salud en cualquier edad y momento, en donde el ser humano entra en una etapa de vulnerabilidad ante el dolor y el sufrimiento.

Algo tan sencillo como saber que el cáncer es sinónimo de muerte, de derrota, que todo se derrumba porque la salud es la riqueza más grande que tiene todo ser humano desde que nace, así, el sentir todo este dolor que genera la enfermedad, se hace más difícil cuando se es enfermera con experiencia de tantos años de labor en un hospital de alta complejidad, donde se ha visto cómo la enfermedad puede acabar con la vida, con los planes, con los sueños y proyectos, afectando a los seres queridos y allegados.

Cada circunstancia es narrada en esta conferencia desde que se diagnostica el cáncer de seno hasta que se recibe los distintos tratamientos, y cómo es la aceptación del ser humano ante la enfermedad y todos los sacrificios que tiene que vivir para tratar de recuperar la salud, principal motivo de someterse a un manejo médico invasivo que afecta no sólo las células malignas sino las células buenas.

Al ser paciente y pasar por distintas áreas tanto de procedimientos radiológicos, de laboratorio, consultas médicas con distintas especialidades, cirugías, hospitalizaciones y manejos ambulatorios, se empieza a detectar una cantidad de circunstancias que van afectando la condición de ser enfermo, donde la impotencia ante la realidad va generando sufrimientos y temores.

Ahí empiezas a encontrarte con momentos donde lo que expresas, piensas o temes no es tenido en cuenta, y hace que te sientas como una máquina y no como un ser humano; sólo necesitas que algunas cosas sean escuchadas por la persona que te atiende y lo único que se desea es mitigar el dolor, la incomodidad o

la fatiga. Días que sólo necesito ser escuchada, para conciliar ideas o propuestas que pienso que pueden mejorar mi condición como paciente, pero salgo de esos momentos igual o peor de triste, porque nadie tuvo en cuenta mi solicitud por sencilla y simple que fuera.

Pienso que se podría conciliar horarios, procedimientos, el sueño y hasta la comida durante una hospitalización, donde por lo regular se hace lo que la enfermera considera con su conocimiento, pero no con lo que yo siento y quiero como paciente, donde sólo necesito más información, una explicación clara y sencilla para entender el porqué de algunos cuidados, dado que si bien la norma es importante, también existe la manera de ser flexible para satisfacer al paciente.

Poco a poco muestro cómo el cuidado humanizado de Enfermería parte de detalles sencillos y pequeños que no son costosos ni imposibles, sino que encontrar personas que nos entiendan desde la profesión de Enfermería es cada vez más difícil, lo cual no significa que imposible de mejorar y transformar. Tal vez la rutina y la cantidad de tareas a cumplir durante un turno proporcionan dichos comportamientos, pero con esto no se busca juzgar sino reflexionar y emprender acciones desde cada uno para aportar mínimamente a la construcción de una profesión admirable por todo su sentido humano, ético y de conocimientos aplicados con calidad y reconocimiento del paciente en todo momento.

Así, no sólo se mitigaría el miedo y el sufrimiento, sino la cantidad de quejas y comentarios desagradables que opacan a la profesión, para que cada persona que decida por vocación trabajar en el área de enfermería, sea protagonista y defensora del ser humano y aplique todo su saber en pro del cuidado y de la generación de nuevos profesionales con criterio y liderazgo humano, y sirva para ejemplo de todos los que la observan; es decir, los pacientes.

2. Desarrollo de la experiencia

La experiencia es desarrollada partiendo de una historia propia, a través de una presentación con diapositivas, un video de 3 minutos sobre la visibilidad de los cuidados de enfermería, así como una serie de fotografías personales donde transmito el mensaje con ejemplos, anécdotas y experiencias propias que propician la invitación por darle sentido a la profesión de enfermería a través del cuidado humanizado. Retomo valores como el respeto, la amabilidad, la honestidad, y cómo trascender en todo momento el conocimiento y la actualización en enfermería como reto ante las exigencias del medio, para liderar con ejemplo y darle seguridad al paciente, mientras recibo la atención, porque la confianza se convierte en un pilar fundamental para mi tranquilidad como paciente ante cualquier atención en salud.

Cada vez que un paciente se enfrenta a la enfermedad le surge una cantidad de inquietudes y miedos que se pueden manifestar en cualquier momento. Nadie mejor que el personal de enfermería para ayudar positivamente en todo este proceso.

Actividad académica básica: “Cuidado transpersonal: humanizando el ser y quehacer del enfermero en formación”

Brahyan Stiven Ospina Buitrago¹

Juan Camilo Cifuentes Villaquirán²

Natalia Benavides Restrepo³

Marisol Rodríguez Dagua⁴

Valentina Merchán Sánchez⁵

Resumen

De acuerdo con la Dra. Jean Watson (citada por González y Quintero, 2009), la Teoría del Cuidado Transpersonal “contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos”. Su implementación debe iniciarse desde el proceso de formación de todo enfermero, ya que según Caro (2009):

Es a partir de la formación universitaria cuando el estudiante fortalece las competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión (p. 174).

El programa de Enfermería de la Universidad del Quindío tiene como base teórica de su currículum, la teoría del cuidado transpersonal; sin embargo, no se cuenta con espacios que profundicen en el conocimiento e interiorización de la misma; por ello es de suma importancia, necesidad e impacto poder ofrecer esos lugares para dar a conocer el tema y facilitar su interiorización por medio de actividades académicas.

Lo anterior se convirtió en el objetivo del presente trabajo -Diseñar un contenido secuencial en los microcurrículos del área básica de enfermería, basado en la teoría de Jean Watson, a partir de las necesidades sentidas por los estudiantes de esta área.

Por ello se pensó en un proyecto de intervención con énfasis educativo, bajo un modelo constructivista (Modelo por competencias de Tobón). Se realizará en tres fases: 1. Diagnóstico educativo, 2. Realización de Unidad didáctica, 3. Evaluación según el Modelo de Stufflebeam (1987) (Modelo CIPP – Valoración por Expertos).

Palabras clave: Enfermero en formación, autorreconocimiento, persona humanizada, cuidado transpersonal.

Basic academic activity: “Transpersonal care: humanizing the being and task of nurses in training”

Abstract

According to Dr. Jean Watson (cited by Gonzalez and Quintero, 2009), the Theory of Human Caring “contributes to awareness of professionals to more human aspects”. Its implementation should start from the formation of all nurses, since according Caro (2009)

It is from the university training where the student strengthens the professional skills to be autonomous, develop social commitment, critical rational capacity, taking transforming posture, understand the respect for others and commitment to the development and strengthening of the profession (p. 174).

¹ Enfermero en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: brahyan194@hotmail.com

² Enfermero en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: jkcifuentesv@hotmail.com

³ Enfermera en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: nati-br@hotmail.com

⁴ Enfermera en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: marisolrodriguez121@hotmail.com

⁵ Enfermera en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: valentina.ms@hotmail.com

Nursing program at the University of Quindío has the transpersonal caring theory as the theoretical basis of their curriculum; however, there are no spaces that deepen their knowledge and internalization; therefore it is very important to offer these places to publicize the issue and facilitate their interiorization through academic activities.

This became the objective of the current work -Designing a successive content into the microcurrículos in the basic nursing area, based on the theory of Jean Watson, from the felt needs of students working in this area.

The methodology is based on an intervention project with educational emphasis under a constructivist model (Tobón, Model for competitions). It will take place in three phases: 1. Educational diagnosis, 2. Making Learning Unit, 3. Assessment according to Stufflebeam Model (1987, CIPP Model - Expert valuation).

Key words: Nurse training, self-recognition, humanized person, transpersonal care.

1. Introducción

El programa de Enfermería de la Universidad del Quindío con su nivel de formación profesional permite conocer y comprender la integralidad del ser humano y sus interacciones con el entorno físico y social. Se fundamenta en teorías y tecnologías propias de enfermería que posibilitan reconocer en el ser humano su carácter único e irrepetible y su inmenso potencial, para abordarlo con idoneidad ética en una relación interpersonal de CUIDADO INTEGRAL, orientado hacia el desarrollo de potencialidades que promuevan su autocuidado y el mejoramiento de la calidad de vida.

La teoría del cuidado transpersonal y humano de la Dra. Jean Watson tiene como principal motivo y objetivo para cada enfermero expresar el amor y los conocimientos de la disciplina a cada persona; este cuidado humanizado podría ser brindado aplicando los 10 procesos caritas que Watson incluye en su teoría, además de proporcionar un trato cordial, paciente, tranquilo y que tenga en cuenta cada esfera que compone al ser humano.

Para que el profesional de enfermería implemente esta teoría al momento de proporcionar cuidado a sus pacientes, se hace necesario su conocimiento, comprensión e interiorización, permitiéndole encontrar no sólo su significado sino su importancia, motivos que lo llevarán a reconocerse como ser humanizado capaz de brindar cuidado desde esta teoría.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos se propuso, para la formación de los profesionales de enfermería de la Universidad del Quindío, trabajar con base en la teoría de los cuidados de la Dra. Jean Watson, porque sustenta y orienta el ideal de ser y hacer de la enfermería, ya que además de contemplar aspectos actuales y humanos de la profesión, insiste en la asistencia como la esencia del ejercicio profesional y como la ciencia que integra la teoría y la práctica. Conjuntamente, presenta una conceptualización de la persona como un ser lleno de posibilidades que puede llegar a ser responsable de su autocuidado como resultado del proceso de involucramiento merced a una relación interpersonal única.

Los y las estudiantes de enfermería en formación y en búsqueda del conocimiento son la población apropiada para iniciar un proceso de interiorización sobre el tema, de tal manera que puedan implementarlo en sus prácticas académicas y, desde su temprana experiencia, conocer su importancia y medir los resultados.

2. Desarrollo de la experiencia

El presente proyecto se realizará bajo la modalidad de intervención con énfasis educativo; las actividades serán dirigidas bajo el modelo educativo constructivista, razón por la cual se implementará la metodología del modelo por competencias de Sergio Tobón (2006), que permitirá que sea el participante quien construya sus propios conocimientos y reflexiones a partir de sus experiencias y conocimientos, guiado por los desarrolladores del proyecto.

Está dirigido a los y las estudiantes de enfermería de la Universidad del Quindío que se encuentren cursando el área de Básicas (Primero a tercer semestre de la carrera).

La realización del proyecto para posterior evaluación por grupo de expertos se ejecutará en tres fases:

2.1 Fase de diagnóstico dentro de la cual se va a reconocer actitudes, conocimientos, prácticas, riesgos, contexto social y económico y la percepción del enfermero en formación con respecto al cuidado humanizado, con el fin de generar una guía para la ejecución de la unidad didáctica en la electiva.

2.2 Fase de ejecución: en ésta se llevará a cabo la construcción de la unidad didáctica que dará sustento teórico y práctico a los espacios académicos y de reflexión y sus respectivas actividades, las cuales serán construidas con base en el diagnóstico educativo.

Se proyecta que el desarrollo de la actividad académica básica se haga en el semestre siguiente a su aprobación. En cada encuentro académico se tratará un tema específico, empezando por la introducción al tema y el componente teórico necesario para fortalecer los conocimientos previos de los participantes (Tobón, 2009), y posteriormente se dará paso a algunas actividades de reflexión que permitirán que el estudiante llegue a reconocerse como una persona humanizada. Las estrategias didácticas dependerán exclusivamente de los hallazgos encontrados en el diagnóstico educativo, enfocándose principalmente, de acuerdo con Tobón (2006) en estrategias de sensibilización, de personalización de la información, de recuperación de la información, de favorecer la actuación. Cada actividad tendrá una duración de dos horas, según el número de créditos establecidos para las actividades electivas.

Fase de evaluación:

La evaluación, a su vez, se dividirá en 3 sub-fases:

2.3.1 Evaluación del plan educativo mediante el modelo de Stufflebeam (CIPP) el cual se ve implementado a lo largo de las fases propuestas para el proyecto y que da cumplimiento a la fase de valoración propuesta por Tobón (2006).

2.3.2 La evaluación del proyecto de intervención será mediante el cumplimiento de objetivos y matriz de marco lógico, alcance de indicadores y cumplimiento de metas; se hará al finalizar las actividades propuestas; se generará evaluaciones cuantitativas para garantizar cubrimiento total de las actividades y metas propuestas.

2.3.3 La revisión de la unidad didáctica estará a cargo de un grupo de expertos, los cuales harán sugerencias de acuerdo con el enfoque del programa para su posterior corrección, validación e implementación.

Referencias

- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.
- González, J. y Quintero, D. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención*. (Trabajo de Grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Stufflebeam, D. y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid, España: Paidós-MEC.
- Tobón, S. (2006). Aspectos básicos de la formación basada en competencias. Talca: Proyecto Mesesup, 2006. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/CGTIC/Documentos/aspectos_basicos_formacion_basada_competencias.pdf
- (2009). El aprendizaje de competencias mediante proyectos formativos. Recuperado de http://coes.udenar.edu.co/pluginfile.php/29487/mod_resource/content/1/competencias%20y%20proyectos%20formativos%20sergio%20tobon.pdf

Enfermería lidera el cambio en priorizar el primer contacto madre-recién nacido

Erika Johanna Vargas Tirado¹

Resumen

El objetivo de la experiencia fue promover la práctica del contacto piel a piel con la madre, en la primera hora de vida del recién nacido en la sala de partos, dado que después de una valoración, se encontró que la aplicación de este contacto no se llevaba a cabo en sala de partos de una institución de tercer nivel. Por este motivo se aplicó una intervención educativa de sensibilización y actualización científica para las enfermeras, sobre respuestas fisiológicas, neuro-conductuales y emocionales en el binomio madre-hijo en la primera hora de vida con el propósito de fortalecer estrategias de liderazgo para su implementación. Según las mediciones realizadas se observó cambios significativos en la implementación de esta práctica por las enfermeras.

Palabras clave: Recién nacido, lactancia materna, liderazgo, enfermería.

Nursing leads the change to prioritize the first contact mother-newborn

Abstract

The aim of the experience was to promote the practice of skin-to-skin contact with the mother in the first hour of life of the newborn in the delivery room, because after an evaluation, it was found that the application of this contact was not carried out in the delivery room of a tertiary institution. Therefore an educational intervention of awareness and scientific update for nurses was applied, on physiological, neuro-behavioral and emotional responses in the mother and child in the first hour of life in order to strengthen leadership strategies for implementation. According to measurements made significant changes were observed in the implementation of this practice by nurses.

Key words: Newborn, breastfeeding, leadership, nursing.

1. Introducción

La estrategia “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” (IAMÍ), recomienda el contacto piel a piel madre-hijo e inicio de la lactancia materna, inmediatamente después del nacimiento, que involucra a todo el personal de salud, siendo enfermería quien lidera este proceso.

La guía de liderazgo en enfermería de la Asociación de Enfermeras Registradas en Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés) presenta diferentes estrategias para liderar la implementación y el mantenimiento del cambio. Este trabajo fortaleció el liderazgo en la enfermera, buscando potenciar el cuidado humanizado para favorecer la lactancia materna exclusiva, el apego seguro y la adaptación neonatal.

2. Desarrollo de la experiencia

La valoración que se realizó para determinar la aplicación de la estrategia IAMÍ en el 4° paso, se hizo con un instrumento diseñado con preguntas específicas para el área de sala de partos, aplicado a la totalidad de enfermeras del área. Al encontrar que la estrategia no se llevaba a cabo en su totalidad, en especial lo relacionado con el contacto piel a piel en la primera hora de vida del recién nacido, se diseñó una intervención

¹ Estudiante Enfermería. Correo electrónico: erikavargast1019@gmail.com

educativa de sensibilización y actualización científica para las enfermeras, sobre respuestas fisiológicas, neuro-conductuales y emocionales en el binomio madre-hijo en la primera hora de vida, y se fortaleció las estrategias de liderazgo a través de dinámicas de reflexión y de propuestas de trabajo en el servicio para su implementación.

Para la medición de los resultados obtenidos se estableció una clasificación de los resultados de enfermería, llamado NOC por sus siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification) “Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria” (Cod. 1606) (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2009) para medir antes y después de la intervención. Se pudo evidenciar cambios significativos en la implementación de la estrategia.

Este trabajo demostró que implementar y mantener el cambio es un ejercicio difícil, pero aún más si se trata de una situación crítica como el parto, ya que al ser visto como un proceso traumático, en la mayoría de los casos, se les da más relevancia a las respuestas fisiológicas que a las emocionales, y es enfermería, con el cuidado humanizado, quien facilita el vínculo afectivo en el binomio madre-hijo. Se debe seguir empoderando a la enfermera a través del liderazgo para lograr el cambio en las prácticas que llevan a mejorar las respuestas fisiológicas y neuro-comportamentales del niño y la madre.

Referencia

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (Eds.). (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (4ª. ed.). Barcelona, España: Elsevier.

Reconocimiento del profesional de enfermería como persona humanizada, en una institución de salud del departamento del Quindío, Colombia

Juan Camilo Cifuentes Villaquirán¹

Natalia Benavides Restrepo²

Resumen

La teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson tiene como principal motivo y objetivo para cada enfermero, expresar el amor y los conocimientos de la disciplina a cada persona. Este cuidado humanizado podría ser brindado aplicando los 10 procesos Caritas que la Dra. Watson incluye dentro de su teoría, además de proporcionar un trato cordial, paciente, tranquilo y que tenga en cuenta cada esfera que compone al ser humano.

Para que el profesional de enfermería implemente esta teoría al momento de proporcionar cuidado a sus pacientes, se hace necesario que la conozca, la comprenda y la interiorice, permitiendo así encontrar su significado e importancia, motivos que lo llevarán a reconocerse como ser humanizado capaz de brindar cuidado desde esta teoría.

En este proceso se observa la necesidad de generar espacios de reflexión dentro de los cuales el profesional de enfermería pueda llegar al autorreconocimiento como persona humanizada y de esta forma ser partícipe del cuidado consciente, tomando como base los procesos Caritas uno y tres, todo enmarcado bajo el concepto de un cuidado de calidad en una institución de salud del departamento del Quindío, Colombia.

Palabras clave: Autorreconocimiento, Rol de Enfermería, Persona humanizada, Cuidado Transpersonal.

Recognition of nursing professional as a humanized person in a health institution of Quindío, Colombia

Abstract

The main reason for Watson's theory is that health professionals can express love and knowledge of the discipline to each individual, provided by applying the 10 Caritas processes that Dr. Watson includes within her theory, in addition to providing a friendly, patient, calm and personal touch, considering each area that makes up the human being.

To implement this theory when providing care to patients, it is necessary that the nurse knows it, understands it and internalize it, allowing find its meaning and importance, reasons that lead him or her to be recognized as humanized being, able to provide care from its appropriation.

It is observed in this process the need to create spaces for reflection within which the nurse can get to self-recognition as a humanized person and thus be part of conscious care, based on the Caritas processes one and three, all framed under the concept of quality care in a health institution of Quindío, Colombia.

Key words: Self-recognition, Role of Nursing, Humanized Person, Transpersonal Care.

¹ Enfermero en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: jkcifuentesv@hotmail.com

² Enfermera en Formación, Universidad del Quindío. Correo electrónico: nati-br@hotmail.com

1. Introducción

La enfermería como disciplina orienta sus acciones al cuidado integral (Caro, 2009), razón por la cual el cuidado y el quehacer de la enfermería deben ir más allá del cuerpo físico, lo que exige apuntar a un ideal mayor por medio de evidencias científicas como las teorías y modelos que orientan al profesional para generar en el paciente una sensación de bienestar bio-psico-social y de un cuidado holístico. Estas teorías y modelos se encuentran al alcance del profesional y pueden ser aplicados en los diferentes ámbitos de desempeño de la disciplina, generando beneficios al profesional y a las personas receptoras del cuidado. A pesar de su existencia, beneficios y valor científico, no se evidencia su uso continuo y organizado dentro de la práctica clínica (López-Parra et al, 2006), lo que genera obstáculos y debilidades en la relación enfermera-paciente y en la práctica de la esencia de la profesión.

A partir de las percepciones de los pacientes se ha evidenciado dificultades en el cuidado humanizado, principalmente en los aspectos emocionales concernientes no sólo a su patología sino a su hospitalización; sumado a esto se encuentra dificultad en la disponibilidad por parte del profesional de enfermería al momento de su llamado por parte del usuario (Rivera y Triana, 2007), aspectos que generan un cuidado basado principalmente en el cuerpo como objeto a tratar y no tomado de una manera holística; además se debe tomar como referencia, que “el paciente valora más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias; es decir, un cuidado humanizado y transpersonal” (Poblete y Valenzuela, 2007, p. 502).

En esta medida se encuentra la necesidad de afianzar la implementación de un modelo teórico dentro del actuar enfermero, más afín a la teoría del cuidado humanizado de la doctora Jean Watson, basado en 10 procesos denominados *Caritas processes*, ya que la relación transpersonal permite cuidar y preservar la dignidad, la armonía y la integridad, no sólo de quien es sujeto de cuidado sino de quien sea dador del mismo, como lo expresa Watson (citada por Urra, Jana y García, 2011), garantizando bienestar para el profesional de enfermería y para el paciente dentro del ámbito clínico, entendiéndolo en su totalidad, con sus sentimientos, emociones y humanidad. En otras palabras, como sostiene Watson (citada por Tazón, García y Asequinolaza, 2000, p. 49) “... ver al ser humano, en su totalidad” brindando así un cuidado integral, logrando dirigirse hacia un cuidado más humanizado, trascendiendo en la relación enfermera(o)-paciente, para que el profesional trabaje y se desempeñe en pro de la dignidad humana, no sólo del paciente o grupo que atiende, sino de sí mismo (Carvalho, Rezende, Freitas y Evangelista, 2011), componente que ha sido relegado a un segundo plano.

La implementación de esta teoría y de brindar cuidado de acuerdo con ella, se debe iniciar desde el aprendizaje de todo enfermero, ya que según Caro (2009, p. 176):

Es a partir de la formación universitaria cuando el estudiante fortalece las competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión.

Como estudiantes de pregrado y a través de esta formación que menciona Caro, es donde se evidencia y se es testigo de la necesidad de implementar una teoría de enfermería al momento de brindar cuidado y de sostener con el paciente una relación transpersonal. Para poder llegar a brindar ese cuidado humanizado hacia la persona sujeto de cuidado, se debe iniciar por que el profesional -formado o en formación-, como afirma Watson (citada por Urra et al, 2011) en su primer proceso, brinde una “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente” y que acoja el tercer proceso Caritas “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás, con sensibilidad y compasión”, en los cuales se evidencie la necesidad de una práctica de autocuidado y sensibilización hacia el reconocimiento del rol de enfermeras y enfermeros como cuidadores humanizados, motivo por el cual se ve la necesidad de implementar un proyecto de intervención dirigido hacia los profesionales de enfermería, en el cual se pueda llevar a cabo actividades que generen ese autorreconocimiento como persona humanizada y se pueda iniciar posteriores intervenciones en las que, a partir de la sensibilización, se inicie la implementación del modelo de cuidado humanizado de Jean Watson y sus 10 procesos Caritas.

2. Metodología

Proyecto de intervención con énfasis educativo, modelo educativo constructivista (Arco de Charles Maguerez).

Población: profesionales de enfermería de una institución prestadora de salud (IPS) del departamento del Quindío.

3. Desarrollo de la experiencia

El presente proyecto se realizará bajo la modalidad de intervención con énfasis educativo. Se pretende generar espacios de reflexión que conlleven al autorreconocimiento del profesional de enfermería como persona humanizada, y se realizará actividades de sensibilización desde el modelo de cuidado humanizado de la Dra. Jean Watson, dirigidas bajo el modelo educativo constructivista, razón por la cual se implementará la metodología del Arco de Charles Maguerez (Do Prado, Velho, Espíndola, Sobrinho y Schubert, 2012), que permitirá que sea el participante quien construya sus propios conocimientos y reflexiones, a partir de sus propias experiencias y conocimientos guiados por los desarrolladores del proyecto.

Se trabajará con los profesionales de enfermería de la institución de salud que voluntariamente decidan participar en el proyecto, para iniciar con las fases propuestas:

Fase de diagnóstico educativo, dentro de la cual se va a reconocer las actitudes, conocimientos, prácticas, riesgos, contexto social y económico, y la percepción del profesional de enfermería con respecto al cuidado humanizado, con el fin de generar una guía para la ejecución de las demás fases.

Fase de ejecución. Estructuración del plan educativo y realización de actividades de sensibilización que darán sustento teórico y práctico a los espacios de reflexión y sus respectivas actividades de sensibilización. Con base en el diagnóstico educativo se construirá cada actividad; cada semana se tratará dos temas específicos, los cuales pueden abarcar varios procesos Caritas que serán desarrollados dos veces dentro de la misma semana, con el fin de facilitar la participación de los enfermeros. Se realizará un máximo de 6 sesiones. Las actividades serán llevadas a cabo por medio del método del Arco de Charles Maguerez (Do Prado et al., 2012) con el fin de construir reflexiones a partir de las experiencias y conocimientos de los participantes, que generen reconocimiento del rol de enfermería como cuidadores humanizados. Cada actividad tendrá una duración entre 30 y 60 minutos, dependiendo de la actividad y las necesidades de los participantes, sin obstaculizar el proceso de cuidado dentro de cada turno de los profesionales de enfermería participantes.

Cada profesional de enfermería contará con un seguimiento continuo mediante una bitácora de campo en la cual se consignará los factores y experiencias significativas que generen en el participante los momentos de reflexión y conlleven al análisis propio de su actuar y de las percepciones de sí mismos, lo que mostrará su cambio positivo o negativo referente a cada actividad realizada. Cada bitácora será numerada con el fin de garantizar la confidencialidad de la información.

Fase de evaluación: la evaluación se dividirá en 2 sub-fases:

Evaluación del plan educativo mediante el modelo de Stufflebeam (1987), Modelo CIPP, el cual se ve implementado a lo largo de las fases propuestas para el proyecto.

La evaluación del proyecto de intervención será mediante el cumplimiento de objetivos y matriz de marco lógico, alcance de indicadores y cumplimiento de metas. Se hará al finalizar las actividades propuestas, a través de evaluaciones cuantitativas para garantizar el cubrimiento total de las actividades y metas planteadas. Durante esta evaluación no se tendrá relación con la información suministrada por los participantes ni por la institución de salud en la cual se llevó a cabo el desarrollo del proyecto. Como resultado se espera dejar plasmada la experiencia vivida por los profesionales de enfermería y los desarrolladores del proyecto.

Referencias

- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.
- Carvalho, N., Rezende, D., Freitas, G. y Evangelista, T. (2011). O processo clínico caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. *Revista de enfermagem y humanidades*, 29, 82-88.
- Do Prado, M., Velho, M., Espíndola, D., Sobrinho, S. y Schubert, V. (2012). El arco de Charles Maguerez: una reflexión sobre las estrategias de metodología activa para la formación de los profesionales del área de la salud. *Escola Anna Nery*, 16(1), 172-177.
- López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M. y Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218-221.
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
- Stufflebeam, D. y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid, España: Paidós-MEC
- Tazón, M., García, J. y Asequinolaza, L. (2000). *Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la Enfermería*. Madrid, España: Avances de Enfermería. DAE. p. 48-50.
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.

Bibliografía

- Encolombia.com. (2015). Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson. Recuperado de <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia

Jeny F. Castañeda Méndez¹

Judy Ximena Ramos Garzón²

Resumen

La identificación de un fenómeno en enfermería es el resultado de la reflexión y el análisis de la experiencia, los significados y el conocimiento de un área específica en la asistencia, la docencia y/o la investigación. El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una propuesta académica para la aplicación de la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson en la atención a pacientes con enfermedad coronaria.

La metodología se basó en el sistema conceptual teórico empírico propuesto por Fawcett, la cual se operacionalizó a través de una matriz de marco lógico.

Los resultados evidenciaron que –inicialmente– los estudiantes de Enfermería, en su mayoría, no conocían la Teoría de Swanson, pero con el tiempo les resultó clara, aplicable y pertinente. Los pacientes de la Sala de reanimación con síndrome coronario agudo refirieron sentirse bien atendidos y acompañados por ellos, lo cual permite concluir que entendieron y aplicaron la Teoría y les dio la motivación para emplearla en sus intervenciones de cuidado a los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias y entender que ésta puede ser llevada desde el escenario académico a la práctica clínica.

Palabras clave: Teoría de enfermería, cuidados intensivos, educación.

Application of Kristen Swanson's theory in the care of patients with coronary disease: an experience from teaching

Abstract

The identification of a nursing phenomenon is the result of reflection and analysis of the experience, meanings and knowledge of a specific area in attendance, teaching and / or research. The objective of this work was to develop an academic proposal for the application of Swanson's Theory of Caring in patients with coronary disease.

The methodology was based on empirical theoretical conceptual system proposed by Fawcett, which was operationalized through a logical framework matrix.

The results showed that, initially, nursing students, mostly unaware the Swanson's Theory, but over time it became clear, applicable and relevant. Patients in the Recovery room with acute coronary syndrome reported being well served and accompanied by them, which leads to the conclusion that they understood and applied the theory and gave them the motivation to use it in their care interventions to patients attending the Emergency service and understand that it can be carried from the academic setting into clinical practice.

Key words: Theory of nursing, intensive care, education.

¹ Enfermera, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud cardiovascular; Especialista en Enfermería cardiorrespiratoria. Docente Programa de Enfermería, Universidad Manuela Beltrán. Correo electrónico: jencycastaneda1209@gmail.com

² Enfermera, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud cardiovascular. Docente ocasional asignatura: Enfermería en situaciones agudas y críticas de salud, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: ximenaramosgarzón@gmail.com

1. Introducción

La identificación de un fenómeno en enfermería es el resultado de la reflexión y el análisis de la experiencia, los significados y el conocimiento de un área específica en la asistencia, la docencia y/o la investigación. Fue así como llegó a estructurarse el fenómeno “Cuidado humanizado en situaciones de enfermedad coronaria aguda y crítica” que responde a la necesidad de reflexionar sobre la atención de enfermería en áreas especializadas, argumentando que quien brinda el cuidado es un ser humano, como lo es quien lo recibe; por tanto hay comunicación en un mismo lenguaje, lo que favorece la relación interpersonal y transforma la experiencia de salud, así como la práctica de cuidado de enfermería.

El cuidar es una relación de dos: el que cuida y el que es cuidado; esta relación se basa en la confianza, el respeto y la humanidad. El cuidado es una actividad humana que se define como un trato y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina-López, 2009, pp. 127-134). Es por ello que el cuidado humanizado en situaciones de enfermedad coronaria aguda y crítica como fenómeno, constituye un punto de partida para el análisis y la reflexión académica y, al mismo tiempo, un fin deseable en la práctica clínica.

Con el fin de explorar el fenómeno descrito se elaboró una propuesta académica para la asignatura “Enfermería en situaciones agudas y críticas de salud”, la cual es cursada por estudiantes de Enfermería de último semestre de la Universidad Nacional de Colombia. Se trata –específicamente- de acercar la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson a la práctica clínica en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria, en la Sala de reanimación de un Servicio de Urgencias.

La elección de la teoría de los cuidados de Swanson se basó en diferentes argumentos, principalmente por su significancia social, teórica y disciplinar. Su significancia social está dada por su naturaleza humanística y porque propone un proceso sistemático y eficiente para la aplicación del cuidado de enfermería para beneficio de la sociedad en general, dado que se trata de una propuesta ampliamente aplicable en los distintos escenarios en los que se ejerce la enfermería, e incluso podría ser aplicable en otras disciplinas.

Desde el punto de vista teórico ofrece un ‘proceso de cuidados’ menos abstracto, fácilmente comprensible y aplicable en la práctica profesional. La teorista presenta una definición clara y concreta de los conceptos paradigmáticos de la disciplina en los cuales se evidencia su carácter humanístico y espiritual; por ejemplo en su conceptualización de personas: “Seres únicos que están en medio del devenir y cuya plenitud se manifiesta en pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos” (Swanson, 1993, p. 353).

Y finalmente la significancia disciplinar, porque se convierte en una herramienta para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica, teniendo en cuenta que en el ámbito de la Enfermería clínica asistencial es difícil encontrar argumentación teórica para los problemas cotidianos de la práctica, más aún cuando se trata de pacientes críticos. En las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y Unidades de Reanimación, las enfermeras tienden a hacer más uso del conocimiento prestado de otras disciplinas y les resulta muy complejo tomar elementos teóricos propios, ya que en general los consideran confusos y poco aplicables en la práctica clínica (Gallego, Leal y Ramos, 2009). Desde este punto de vista, lo realmente importante para enfermería es construir propuestas de cuidado a partir del análisis de fenómenos cotidianos de la profesión y la utilización de teorías de mediano rango, las cuales son menos abstractas y por tanto más aplicables a la práctica; de esta manera será posible un ejercicio profesional fundamentado en su mayoría en el conocimiento propio de la disciplina y cada vez menos dependiente del conocimiento prestado.

2. Desarrollo de la experiencia

2.1 Referentes teóricos y conceptuales de la propuesta

Las teorías intermedias tienen un centro de atención aún más específico y su nivel de abstracción es menor que el de las teorías en enfermería (Raile y Tomey, 2011). Éstas son más precisas y centradas en responder

preguntas específicas de la práctica de enfermería. La importancia de la teoría para la disciplina de la enfermería consiste en que la disciplina depende de la teoría para seguir existiendo. El enfoque ha cambiado ya que se ha centrado en conocer qué saben las enfermeras y cómo utilizan lo que saben para guiar su pensamiento y tomar decisiones, mientras se concentran en los pacientes (Raile y Tomey, 2011).

Swanson ha recurrido a diversas fuentes teóricas para el desarrollo de su teoría de los cuidados, pero es Jean Watson quien influye en la idea de explorar su concepto (Jesse, 2011). Swanson propone una teoría de mediano rango o intermedia, cuyo origen conceptual filosófico se da en el existencialismo, la fenomenología y, especialmente, en el humanismo. Se evidencia una profunda relación con los postulados teóricos de Watson, en donde, principalmente, la teorista presenta definiciones claras y concretas de los conceptos paradigmáticos de la disciplina en los cuales se observa su carácter humanístico y espiritual.

La teoría de los cuidados se edifica en una filosofía humanística que revela la esencia de enfermería y, por otra parte, es altamente operativa y práctica porque propone un proceso sistemático y eficiente para la aplicación del cuidado de enfermería para beneficio de todos los pacientes, dado que se trata de una propuesta ampliamente aplicable en los distintos escenarios en los que se ejerce la enfermería. En general ofrece un ‘proceso de cuidados’ menos abstracto, fácilmente comprensible y aplicable en la práctica profesional.

La teoría de los cuidados de Swanson deriva empíricamente de una investigación fenomenológica; ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica, y refiere que el objetivo de la profesión es promover el bienestar de otros, como también, atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por ‘hacer por’ y ‘posibilitar’ al cliente. Los procesos de los cuidados se superponen y no pueden existir separados unos de otros. Cada uno es un componente integral de la estructura ramificada de los cuidados.

Swanson afirma que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados son dados como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente). El modelo de los cuidados, en el que Swanson propuso cinco procesos básicos (conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que dan significado a actos etiquetados como cuidados, es una teoría de enfermería de rango medio. Para el análisis del fenómeno se toma estos conceptos, de la siguiente manera:

Cuidados

“Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (Swanson, 1991, párr. 3). La enfermera debe tener compromiso y sentido de responsabilidad con el paciente y su familia para brindar cuidado de enfermería humanizado, eficiente y oportuno, ya sea en la Sala de reanimación o en la UCI.

Conocimiento

Es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. Debido a sus conocimientos y experiencia, la enfermera sabe en qué momento brindar la atención al paciente, ya que éste se encuentra en una condición de salud generalmente crítica; y, adicionalmente, debe tener en cuenta el entorno y los familiares.

Estar con

Significa estar emocionalmente presente con el otro; transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar a la persona cuidada. La enfermera debe establecer una relación interpersonal con el paciente y su familia para alcanzar este propósito; entender su situación y estar presente en todo momento, desde el ingreso; llamar al paciente por su nombre, generando confianza, escuchando con atención y siendo

comprensiva. El contacto físico es importante: tomarlo de la mano, en la medida en que se pueda lograr contacto con la familia, explicar la situación real de manera clara y comprensible. Lograr que el paciente sienta la presencia auténtica de la enfermera es generar confianza y compromiso frente a su situación.

Hacer por

Significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado. Es necesario que la enfermera desarrolle al máximo sus capacidades para identificar las necesidades holísticas del paciente, y que haga uso de sus conocimientos y creatividad para satisfacerlas de la forma más eficiente posible.

Posibilitar

Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a los sentimientos, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación. La enfermera debe entender la situación del paciente, hacerse partícipe y acompañar, pero a la vez permitir el natural acontecer de la experiencia de salud que vive el paciente.

Mantener las creencias

Es mantener la fe en la capacidad del otro para superar un acontecimiento o transición, y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación. Si la enfermera tiene una actitud compasiva, humana, de respeto y de profesionalismo, le da herramientas al paciente para afrontar su enfermedad. Un ambiente de confianza genera una actitud positiva en él. Mantener la fe y la esperanza son factores indispensables para enfrentar la enfermedad, que se convierte en sinónimo de dolor, incapacidad y muchas veces de muerte.

3. Diseño metodológico

Es de resaltar lo que refiere Meleis (1989, citado por Zarate, 2004, párr. 15) “la gestión de los cuidados de enfermería se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería”.

Para el diseño de la propuesta se tuvo en cuenta las fases del sistema teórico empírico propuesta por Fawcett (2005) para orientar la aplicación del conocimiento de enfermería en la práctica de cuidado:

1. Idea o visión.
2. Formación del grupo de trabajo para la viabilidad del estudio.
3. Comité de planeación y plan a largo plazo.
4. Revisión de documentos.
5. Selección y desarrollo de un sistema conceptual-teórico-empírico del conocimiento de enfermería.
6. Educación del equipo de enfermería.
7. Sitios demo.
8. Ampliación de la implementación en la institución.
9. Evaluación de resultados.
10. Diseminación de la implementación de los procedimientos del proyecto.

Sumado a lo anterior, se utilizó el enfoque o marco lógico para propuestas de cuidado, que es una metodología para conceptualizar proyectos y una herramienta analítica que tiene el poder de comunicar de forma clara y comprensible un proyecto completo en una simple hoja de papel (Mosse y Sontheimer, 1996, p. 12).

La matriz del marco lógico incluye: propósito, indicadores de evaluación, medios de verificación y supuestos, y dentro del plan de acción, el objetivo con sus respectivas actividades, recursos, indicadores de evaluación y medios de verificación, como se puede evidenciar en la Tabla 1.

Tabla 1. Matriz del marco lógico de la propuesta

PROPOSITO	INDICADORES DE EVALUACIÓN	INDICADORES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
OBJETIVO GENERAL: Desarrollar una propuesta académica para la asignatura "enfermería en situaciones agudas y críticas de salud" para la aplicación de la teoría de K. Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria en la sala de reanimación del servicio de urgencias.	Evaluación descriptiva de la experiencia del estudiante.	Encuesta a los estudiantes. Formato de evaluación de la práctica.	Los estudiantes no logran llevar la teoría a la práctica.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Desarrollar la metodología del sistema conceptual teórico empírico, tomando la teoría de mediano rango de Kristen Swanson. 2. Presentar a los estudiantes la teoría de Swanson enfocada al cuidado de pacientes con enfermedad coronaria en la sala de reanimación. 3. Guiar a los estudiantes en el cuidado directo y humanizado a partir de los cinco procesos que propone la teoría de los cuidados de Swanson. 4. Describir la experiencia de cuidado humanizado, tanto de cuidadores como de sujetos de cuidado. 5. Describir la experiencia de brindar cuidado humanizado teniendo en cuenta los cinco procesos de que propone Swanson[realizada con los estudiantes.	Construcción de la estructura del SCTE Aplicación de los cinco procesos de cuidado de Swanson. Evaluación de la practica	Estructura del SCTE. Intervenciones de cuidado basado en teoría de Swanson. Encuesta a estudiantes	Los estudiantes no logran realizar los cinco procesos de cuidado. No alcanza el tiempo para dar cuidado directo, debido a la dinámica de la sala de reanimación Los estudiantes no logran llevar la teoría a la práctica.

Fuente: Castañeda y Ramos. Propuesta académica para la asignatura "Enfermería en situaciones agudas y críticas de salud" para la aplicación de la Teoría de K. Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria en la Sala de reanimación del Servicio de urgencias.

Además, durante la puesta en marcha de la propuesta, se tuvo en cuenta el modelo de la transformación de la perspectiva según Fwacett (2005), en el que se evidencia las nueve fases de la siguiente manera:

1. Disonancia: ¿Qué hago? ¿Seguir con el modelo académico propuesto por la universidad o proponer intervenciones de cuidado basado en una teoría?
2. ¿Para dónde voy? A un mundo laboral en donde tengo que evaluar mis actividades a realizar, tiempo disponible para brindar cuidado y propuesta de intervenciones de cuidado basadas en una teoría.
3. ¿Qué he hecho? Planes de cuidado fundamentado en necesidades del paciente, pero no basado en referentes teóricos.
4. Competición de conceptualizaciones: puede existir ya que se tiene dos modelos a seguir.
5. Confusión: puede darse por no saber qué camino seguir al iniciar la práctica clínica; además se debe tener en cuenta el factor tiempo como una influencia a la hora de brindar cuidado.
6. Viviendo con incertidumbre: ¿qué camino elegir? ¿continuar con el modelo de brindar cuidado o realizar intervenciones de cuidado basadas en una teoría de rango medio?
7. Saturación: puede haber excusas de tiempo para realizar intervenciones basadas en teoría o por no tomar referentes teóricos en su práctica clínica.
8. Síntesis: el estudiante le encuentra sentido, coherencia, aplicabilidad a la Teoría de los Cuidados de Swanson, pero ve limitaciones relacionadas con el tiempo.

9. Resolución: el estudiante identifica la importancia de aplicar una teoría a las intervenciones de cuidado; lo ve un poco difícil, sin embargo, lo intenta aplicar.
10. Re-conceptualización: el estudiante aplica a las intervenciones de cuidado la Teoría de los cuidados de Swanson, lo ve fácil y objetivo.
11. Estabilidad: lograr que el estudiante aplique a sus casos clínicos las intervenciones de cuidado basadas en la Teoría de los Cuidados de Swanson.

4. Resultado: Aplicación y evaluación de la prueba piloto

La propuesta tuvo las siguientes etapas:

4.1 Primera etapa

Al grupo de estudiantes se les capacitó en la comprensión de la teoría de los cuidados de Swanson; inicialmente se brindó un cuadernillo informativo acerca de los conceptos principales y referentes teóricos. Posteriormente se analizó una situación de enfermería, teniendo en cuenta la teoría en mención y su aplicación en esta situación específica.

4.2 Segunda etapa

Una vez finalizado el periodo de reconocimiento de la teoría, los estudiantes, de manera individual, repitieron el ejercicio académico con uno de sus pacientes con enfermedad coronaria, teniendo en cuenta los cinco procesos de la teoría de los cuidados de Swanson para finalmente brindar cuidado humanizado, el cual se evaluó a través de las intervenciones en donde fueron ajustados los cinco procesos; esto permitió observar el nivel de comprensión y el grado de aplicabilidad de la teoría alcanzado por cada uno de ellos.

4.3 Tercera etapa

Se documentó la experiencia del estudiante por medio de una encuesta, cuyo objetivo fue valorar cómo se sintió aplicando los conceptos de la teoría en la práctica con pacientes coronarios y qué dificultades se le presentaron. (Ver Resultados).

Adicional a este proceso se realizó una encuesta de satisfacción al paciente, teniendo en cuenta el cuidado brindado por el estudiante y cuál fue su experiencia.

4.4 Cuarta Etapa

Se describió la experiencia de la puesta en marcha de la propuesta, con un grupo reducido de estudiantes y las recomendaciones para su implementación general en la asignatura. La experiencia cuenta fundamentalmente como una alternativa metodológica para la articulación de la teoría y la práctica a nivel de pregrado en el ámbito hospitalario.

5. Resultados

5.1 Con los estudiantes

De un total de 7 estudiantes, 5 refirieron no conocer la Teoría de los cuidados de Swanson. Dos estudiantes afirman haberla trabajado en la asignatura de Salud mental.

Finalmente, la teoría resultó clara, aplicable y pertinente en el ámbito de urgencias, para todos los estudiantes, quienes adicionalmente mencionaron que es práctica y ágil, holística, estructurada y eficiente, dado que permite identificar, analizar y dar solución a las necesidades de cuidado del paciente agudo y crítico.

Los estudiantes consideraron que la estructura de la teoría fue útil en la práctica porque les permitió organizar el pensamiento y aprovechar eficientemente el contacto con el paciente con fines terapéuticos. Lamen-

taron el poco tiempo y la excesiva cantidad de pacientes que impide realizar el ejercicio completo con cada persona; sin embargo manifestaron que si bien con la mayoría de los pacientes no lograron el proceso completo y a profundidad, el conocer la teoría les permitió aprender a identificar rápidamente las necesidades más urgentes de cuidado para intervenir de manera prioritaria. El ejercicio académico con un solo paciente coronario les permitió realizar todo el proceso, constatar su factibilidad, y el hecho de que la atención de enfermería es más eficiente porque responde a las necesidades de cuidado que fueron identificadas objetivamente en la persona.

En esencia, repararon en que la finalidad del proceso de enfermería que ya conocían y los procesos de la teoría de los cuidados, fueron lo mismo. No obstante, resaltaron que con los procesos que plantea Swanson, el análisis del paciente y su situación fueron más profundos y en el nivel de intervenciones de enfermería, éstas fueron más fáciles de identificar y organizar para la atención integral. Algunos estudiantes resaltaron en especial el proceso ‘estar con’, dado que les recuerda la presencia auténtica y terapéutica de enfermería que complementa el hacer puramente físico. “Se hace más conciencia del trato humanizado con el paciente” refiere uno de ellos.

Los estudiantes afirman que las intervenciones que ellos propusieron, basados en la Teoría de los cuidados de Swanson, fueron plenamente aplicables a la práctica. Algunos manifestaron que la teoría les resultó familiar; que en realidad es más una metodología que les permitió reconocer necesidades de cuidado, y pudieron establecer las intervenciones sin olvidar o dejar de lado ninguna esfera de la persona: “Es poner en práctica el cuidado de enfermería que aprendimos, sólo que mejor” expresa uno de los estudiantes.

Todos los estudiantes afirmaron que pondrán en práctica la teoría ya que les resulta fácil, lógica y aplicable en todos los escenarios en el ámbito asistencial. Les preocupa que en la realidad laboral, con tantos pacientes a cargo y tareas administrativas, no encuentren la manera de poner en práctica no solo la teoría de Swanson sino el cuidado en sí. Rescataron el trato humanizado como una estrategia de cuidado y presencia auténtica de enfermería que esperan poner en práctica en su ejercicio profesional. “Realmente, sí yo en un futuro logro conservar el trato humanizado para todos mis pacientes, creo que ya estaría llevando esta teoría a la práctica en un 50%” manifestó uno de los educandos.

5.2 Con los pacientes

En general, los pacientes con síndrome coronario agudo de la Sala de reanimación refirieron sentirse bien atendidos por los estudiantes de Enfermería. Manifestaron que éstos estuvieron pendientes todo el tiempo, preocupados por que estuvieran bien, preguntando continuamente cómo se sentían y atendiéndolos con cada cosa que necesitaban: “A mí ya me habían traído aquí antes, pero es la primera vez que me siento tan bien atendida. Eso le ayuda a uno mucho” manifestó una de las pacientes.

Las personas refirieron haber recibido una atención de calidad e individualizada; expresaron que sus necesidades fueron satisfechas: “Uno a veces trata de no molestar, pero la señorita se dio cuenta que yo estaba preocupada por mi esposo que estaba afuera y no sabía nada, y entonces me hizo el favor de salir a hablar con él”.

Los pacientes refirieron que los estudiantes contestaron a las preguntas y dudas que surgieron no sólo con su enfermedad sino con el proceso general de atención: “Es bueno cuando a uno le explican lo que le están haciendo; uno se siente más tranquilo”.

La realización de la prueba piloto demostró que:

- Los estudiantes, en su mayoría, no conocían la Teoría de los Cuidados de Swanson.
- La Teoría de los Cuidados de Swanson resultó clara, aplicable y pertinente, y puede ser llevada a la práctica.
- La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Swanson se refuerza con un solo paciente, pero los estudiantes evalúan el tiempo del cual disponen para hacerlo práctico con más de dos.

- Los procesos propuestos por Swanson facilitan el análisis de la situación del paciente y ayudan a identificar intervenciones de manera objetiva, aplicables en el ámbito clínico.
- Los estudiantes pondrán en práctica la Teoría de los Cuidados de Swanson, pero tendrán en cuenta el escenario laboral y clínico para el desarrollo de la misma.
- Todos los casos clínicos, exceptuando dos, tuvieron en cuenta la Teoría de los Cuidados de Swanson en pacientes con enfermedad coronaria. Los dos casos, uno de cetoacidosis diabética y otro de hemorragia subaracnoidea, por iniciativa de los estudiantes, recibieron los procesos de la Teoría.
- Sólo 3 estudiantes pidieron asesoría con respecto a la teoría y a todos se les brindó la información.
- Los pacientes refirieron sentirse bien con los estudiantes, ya que respondieron a sus inquietudes y necesidades tanto físicas como psicológicas.
- Los pacientes evaluaron el cuidado brindado por los estudiantes como de buena calidad.
- Los pacientes se sintieron acompañados en su proceso de enfermedad con el estudiante, además de sentirse tranquilos cuando recibieron explicación y atención.

Amenazas encontradas:

- Desconocimiento de la Teoría de los cuidados de Swanson.
- Desmotivación por parte de un estudiante.
- El tiempo requerido para la aplicación de la Teoría de los Cuidados de Swanson.

Fortalezas:

- El grupo de estudiantes acudió al llamado para el conocimiento de la Teoría de los cuidados de Swanson.
- Analizaron conscientemente los procesos que propone la Teoría.
- Tenían motivación para su aplicación en las intervenciones de cuidado.

6. Conclusiones

6.1 Respecto a los estudiantes

Entendieron y aplicaron la Teoría de los cuidados de Swanson porque la vieron comprensible, fácil y les permitió evidenciar las principales intervenciones de cuidado que requieren los pacientes.

Tuvieron la motivación de aplicar sus intervenciones de cuidado basadas en la Teoría de los Cuidados de Swanson con los pacientes asignados, y lograron ver resultados favorables en ellos.

Vieron la importancia de contar con un referente teórico a la hora de organizar las intervenciones de cuidado con los pacientes, ya que evidenciaron orden, priorización y valoración de intervenciones en el planeamiento del cuidado.

Los estudiantes de últimos semestres son semilleros del conocimiento disciplinar y teórico de enfermería y pueden ser agentes de multiplicación, y de innovación en la aplicación del conocimiento a la práctica del cuidado.

6.2 Generales

La Teoría de los Cuidados de Swanson puede ser llevada desde el escenario académico a la práctica clínica, ya que es una teoría de rango medio que posee conceptos claros, entendibles y aplicables en las intervenciones de cuidado a los pacientes con enfermedad coronaria en escenarios agudos y críticos.

Los pacientes con síndrome coronario agudo de la Sala de reanimación refirieron sentirse bien atendidos por los estudiantes de Enfermería, además de recibir una atención individualizada de calidad y la satisfacción de sus necesidades.

Dentro de la asignatura “Enfermería en situaciones agudas y críticas de salud” la Teoría de los Cuidados de Swanson puede ser tomada para reforzar el componente humanístico y aplicada inicialmente en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria en la Sala de reanimación del Servicio de urgencias, y posteriormente a otros pacientes con la guía de los docentes de la asignatura.

7. Recomendaciones

Probar la metodología descrita con el resto de estudiantes de la asignatura, tomando la Teoría de los Cuidados de Swanson, la cual demostró pertinencia en el ámbito clínico, simplicidad y practicidad, o bien otras teorías que sean propuestas por docentes o estudiantes.

Desarrollar dentro del componente práctico de la asignatura, el ejercicio académico de fundamentar la atención de enfermería con el conocimiento disciplinar a través de las teorías de rango medio.

Motivar a los estudiantes de Enfermería para que de manera temprana intenten llevar conceptos teóricos a la práctica clínica, como un primer paso para que en su desempeño profesional futuro logren hacer uso sistemático y consiente del conocimiento disciplinar.

Desarrollar dentro del componente práctico de la asignatura, el ejercicio académico de fundamentar la atención de enfermería con el conocimiento disciplinar a través de las teorías de rango medio. Motivar a los estudiantes de enfermería para que de manera temprana intenten llevar conceptos teóricos a la práctica clínica.

Referencias

- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Revista Aquichan*, 9(2), 127-134.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. *Revista Aquichan*.
- Gallego, M., Leal, M. y Ramos, X. (2009). Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(2), 76-81.
- Jesse, E. (2011). Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Elsevier, España, S. L. (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (7a. ed.), (pp. 91-112). España: Editorial Elsevier Mosby.
- Marriner, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6ª ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Mosse, R. & Sontheimer, L. (1996). Performance Monitoring Indicators Handbook. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186409169154/24pub_br217.pdf
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3).
- (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Zarate, R. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Revista Index de Enfermería*, 13, (44-45).

Con dedicación y amor, aliméntalos mejor

Yesica Yourlin Guzmán Ospina¹

Mauricio Alexander Oviedo Coral²

Resumen

La desnutrición infantil es hoy en día una problemática en ascenso, sobre todo en los países tercermundistas, entre los cuales está incluida Colombia. Esta enfermedad afecta a la población mundial de niños menores de 5 años, y es la responsable de la muerte de entre 3,5 y 5 millones de estos infantes. Se estima que hay 178 millones de niños desnutridos en todo el mundo (Ibarra, 2013). Un estudio a nivel departamental llevado a cabo por el sistema de vigilancia nutricional, permitió evidenciar que el 60% de esta población presenta alteraciones en el estado nutricional (Plan Territorial de Salud 2012 – 2015).

El presente proyecto tiene como objetivo capacitar a los padres y/o cuidadores en cuanto al manejo y cuidado del estado nutricional del niño, con el fin de evitar complicaciones por causa de la desnutrición. Se pretende lograr mediante la identificación de las necesidades educativas de los padres de cada paciente, motivación a la participación de la familia en el manejo y cuidado del estado nutricional del niño en su hogar, inscripción al programa “Nutrición efectiva de los niños en estado de desnutrición primaria que asisten al Hospital Infantil Los Ángeles (HILA)” y educación a padres y/o cuidadores en cuanto al manejo y cuidado del estado nutricional del niño.

Esto se llevará a cabo mediante tres fases: en la primera se realizará la captación e inscripción al programa, en la segunda se identificará las necesidades educativas de los padres de cada paciente y en la tercera se efectuará la intervención y el seguimiento.

Palabras clave: capacitación, nutrición, identificación, motivación, cuidado.

With dedication and love feed them better

Abstract

Child malnutrition is now a problem on the rise, especially in Third World countries, among which is included Colombia. This disease affects the world's population of children under five years, and is responsible for the deaths of between 3.5 and 5 million of these infants. It is estimated that there are 178 million malnourished children worldwide (Ibarra, 2013). A departmental study conducted by nutrition surveillance system allowed demonstrating that 60% of this population has alterations in nutritional status (Territorial Health Plan 2012-2015).

This project aims to empower parents and / or caregivers in the management and care of the nutritional status of children, in order to avoid complications from malnutrition. The purpose is, by identifying the educational needs of the parents of each patient, getting the motivation for family involvement in the management and care of the nutritional status of the child at home, registration to the program “Effective child nutrition in state of undernourishment for children who attend Los Angeles Children’s Hospital” (HILA as known in Spanish) and education to parents and / or caregivers in the management and care of the nutritional status of children.

This will take place through three stages: first the collection and registration program will be implemented; in the second the educational needs of the parents of each patient will be identified, and third intervention and monitoring shall be conducted.

Key words: training, nutrition, identification, motivation, care.

¹ Estudiante de la Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: yesifer19@hotmail.com

² Estudiante de la Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: mauricioviedo.c@hotmail.com

1. Introducción

Considerando que la desnutrición es un problema que afecta a la población infantil, y que conlleva a problemas en el crecimiento y desarrollo, e incluso puede llevar a la muerte, surge la necesidad de hacer un plan de intervención en cuanto a la identificación y el refuerzo del grado de conocimiento de los padres o de los encargados de los infantes con respecto a la forma como éstos deben ser alimentados, de acuerdo con su edad o etapa de crecimiento. De ahí la importancia de realizar un programa que brinde información clara y concreta, con la cual se dé una educación eficiente a los padres de familia y/o cuidadores sobre cómo deben alimentar a sus hijos, con el fin de reducir las tasas de morbilidad por causa de la desnutrición desde una atención primaria que los padres llevarán a cabo activamente en sus hogares.

2. Desarrollo de la experiencia

En el momento el proyecto se encuentra en la segunda fase, en donde se está llevando a cabo las reuniones periódicamente, para brindar las sesiones educativas, las cuales son desarrolladas evaluando los conocimientos previos que los padres de familia tienen con respecto al tema a desplegar. Una vez identificadas las necesidades y falencias, se continúa con la sesión educativa preparada previamente por los estudiantes responsables. De esta manera los padres de familia refuerzan y adquieren nuevos conocimientos con relación al manejo de la nutrición adecuada de los niños menores de cinco años en el hogar; al final de cada sesión se aclara dudas y se evalúa los conocimientos adquiridos.

La experiencia en la ejecución del proyecto ha sido gratificante y enriquecedora tanto para los padres de familia, quienes manifiestan su conformidad hacia estas charlas ya que se constituyen en herramienta que permite mejorar el cuidado en la alimentación de sus hijos, como para los estudiantes de enfermería de la Universidad Mariana, porque permite interactuar directamente con la comunidad, identificar sus necesidades y realizar la intervención en el cuidado de la población infantil.

Referencias

- Alcaldía de Pasto, Secretaría de Salud. (2012). Plan territorial de Salud 2012 – 2015. Recuperado de http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-
- Ibarra, C. (2013). La Desnutrición Mundial. Recuperado de <http://desnutriciondelmundo.blogspot.com.co/>

El Valor del Cuidado de Enfermería en un Proyecto de Vida

Gabby Jojoa¹

Resumen

Para los estudiantes de séptimo semestre que cursaron la práctica Madre Niño II en el Servicio de Ginecología en la Fundación Hospital San Pedro, fue importante que el cuidado brindado a las gestantes no fuera monótono y lineal, o un proceso incluido en un contexto racional técnico y biomédico, sino más bien una propuesta de cuidado significativo, holístico y humanizado, siempre con la perspectiva de Enfermería como ciencia y arte.

En esa relación de cuidado entre estudiantes y usuarias se evidenció un clima de poca participación e integración psicoafectiva, generando procesos de angustia y aislamiento a las segundas, motivo por el cual se propuso la utilización formativa del tiempo en este servicio hospitalario, programando actividades manuales de tipo recreativo y educativo, aplicando al máximo el significado de **cuidado**, como el conjunto de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza el profesional de enfermería con la persona hospitalizada.

Para la puesta en práctica de esta experiencia, se tuvo en cuenta la Teoría de mediano rango de Kristen Swanson, con los cinco procesos de cuidado para lograr el bienestar de quien es cuidado, mediante la relación entre la paciente y la enfermera o enfermero. Estos procesos son: Conocimiento, Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias. Su aplicación permitió interiorizar el concepto teórico en el quehacer profesional, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las gestantes.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, cuidado holístico, gestación.

The Value of Nursing Care in a Life Project

Abstract

For seventh semester students who attended practice mother child II in the Service of Gynecology at San Pedro Hospital Foundation, it was important that the care provided to pregnant women were not monotonous and linear or a process included in a rational context biomedical and technical, but rather a proposal for significant, holistic and humanized care, always from the perspective of nursing as a science and art.

In the caring relationship between students and users, a climate of weak participation and psycho-affective integration was evident, generating processes of anguish and isolation to the latter, reason which the training use of the time in this hospitable service was suggested, by programming recreational and educational manual activities, applying the most of the caring meaning, as the set of factors, implications, contributions, applications, beliefs and attitudes that the nurse makes with the hospitalized person.

For the implementation of this experience, it was considered the theory of a middle-range, by Kristen Swanson, with the five processes of caring for the welfare of those who are careful, by the relationship between the patient and the nurse. These processes are: 'Knowledge', 'Being with', 'Do for', 'Keep Enable' and 'Beliefs'. Its application allowed internalizing the theoretical concept in professional work, in order to improve the living conditions of pregnant women.

Key words: Nursing care, Holistic care, Gestation.

¹ Correo electrónico: jojoagabby@gmail.com / shamy.089@hotmail.com

1. Introducción

La gestación o embarazo es una etapa de grandes cambios y adaptaciones, tanto para la mujer como para su contexto, y es la enfermera o enfermero quien participa activamente en todos los eventos presentes, más aún si hay enfermedades específicas de esta etapa, o enfermedades agudas o crónicas que inciden en el bienestar madre-hijo. Algunas complicaciones de estas enfermedades son transitorias y otras pueden prolongar la estancia hospitalaria y repercuten en la aparición de miedos, dudas e inquietudes, además de enfrentar a la mujer gestante a cambios significativos en su estilo de vida, inclusión en un entorno social –hospital-, diferente y normativo. Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez (2006) describen como alteraciones psicológicas, los trastornos adaptativos del estado de ánimo, el duelo, el abuso de drogas y los problemas conyugales, entre otros, lo cual puede hacer aún más negativo, un proceso hospitalario.

Es así como se requiere del acompañamiento de enfermería durante el proceso de hospitalización, que pueda garantizar un cuidado óptimo de excelencia y calidad. La aplicación de este cuidado se sustentó en la teoría de Swanson para una práctica coherente y responsable. Los estudiantes de enfermería, en su interacción con las mujeres gestantes, se centraron en el objetivo de generar una estrategia de cuidado de enfermería con base en los cinco procesos de la teoría de cuidados de Swanson, identificando las necesidades individuales en cuanto al uso del tiempo en el hospital, y poder desarrollar acciones y actividades manuales en donde se diera educación, se aclarara dudas y se compartiera experiencias y sentimientos.

2. Desarrollo de la experiencia

La práctica de la asignatura “Madre Niño II” se realizó en el Servicio de Ginecología de la Fundación Hospital San Pedro en el turno de la mañana, donde se observó que las gestantes presentaban diferentes reacciones a la experiencia de estar hospitalizadas, como: oposición, inhibición, angustia y temor, además de que pasaban mucho tiempo en su habitación sin acompañamiento, lo que motivó a los estudiantes de enfermería a buscar una alternativa para el buen uso del tiempo de hospitalización y adaptación al nuevo rol de estas personas.

2.1 La Historia de Erika

Esta historia demuestra la importancia del cuidado de enfermería durante la etapa del embarazo.

Erika, con casi 18 años, esperaba con dudas a su hija; la noticia del embarazo la tomó por sorpresa, manifestó temor y soledad porque, a pesar de amar profundamente al padre de su niña, sabía que la relación estaba en sus últimos momentos. Comentó a la estudiante de enfermería que estos meses no habían sido fáciles, que sin una evidente estabilidad económica, se enfrentaba a una vida llena de incertidumbres. Su estancia hospitalaria dependía de que su cuerpo no adelantara el parto; 31 semanas de gestación y amenaza de parto no eran lo ideal. Su acompañamiento en esta etapa era su madre, quien la visitaba ya muy entrada la tarde. Su relación directa con otras personas eran su compañera de cuarto y el personal de salud. En estos momentos de gran dificultad, la voz cálida y tranquilizante de los estudiantes de enfermería con quienes interaccionó, generó un ambiente de confianza y seguridad. Los estudiantes identificaron factores de riesgo que tal vez no eran evidentes para la paciente, pero que eran fundamentales en el proceso gestacional.

Se invitó a Erika a utilizar el tiempo de hospitalización en preparar su nuevo rol como mamá; se la educó sobre las estrategias que buscan el bienestar de su condición como mujer y el de su hija, además de la educación sobre su condición clínica. Se evidenció, a través de la actividad manual, la expresión de sentimientos y pensamientos, como también, sus habilidades y talentos. El objetivo era generar una mejor adaptación, una recuperación rápida y una vivencia positiva para ella y su bebé por nacer.

Esta historia permite evidenciar la importancia del personal de enfermería, teniendo en cuenta que el cuidado que se brinde debe estar basado en la individualidad del ser, la comunicación y la interacción humanizada.



Figura 1. Erika, haciendo uso benéfico de su tiempo de hospitalización.

Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia, (2007) en su estudio de la teoría de transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y el postparto, refieren cómo, cuando no hay ayuda, o la comunicación con el personal profesional es poca, las personas en la transición experimentan sentimientos de impotencia, confusión, frustración y conflicto.

Así mismo, Muñoz, Ruiz y Arias (1999, citadas por Prieto, 2012) describen cómo el cuidado de la salud, como resultado de la interacción y reciprocidad entre la persona cuidada y el cuidador, se presenta de diversas maneras, según las características propias de cada persona, su entorno, sus experiencias y la necesidad del momento.

Para poner en práctica esta experiencia fundamentada en crear un lazo entre el personal de enfermería y las usuarias, se tuvo en cuenta la teoría de mediano rango de Swanson con los cinco procesos de cuidado: Conocimiento, Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias.

En su teoría Swanson (1991) considera a las personas, seres únicos en proceso de crecimiento en forma dinámica, espiritual que se autorreflejan en su conducta, con capacidad de decidir cómo actuar, cómo afrontar las diversas situaciones y con capacidad para ejercer la libre voluntad en las posibilidades que enfrenten. Son seres dinámicos, en crecimiento, que anhelan estar conectados con otros.

Es así como en el periodo de práctica comprendido entre julio y noviembre del año 2014 se incluyó a todas las mujeres gestantes de diferentes patologías hospitalizadas en el Servicio de Ginecología, exceptuando a aquéllas con signos de trabajo de parto activo. Se inició la estrategia con revisión de kárdex de enfermería y evaluación de su estado, para luego invitarlas a participar en la actividad.

Con la presentación diaria de las estudiantes encargadas de la estrategia, se explicó el objetivo, las diferentes opciones del trabajo manual, se entregó los elementos y materiales según la actividad escogida. Durante el proceso se identificó necesidades a nivel físico, familiar y social, que estarían afectando el desarrollo gestacional y sobre las cuales se daría educación o se haría intervención.

2.2 Dimensiones

Conocer: se realizó mediante preguntas a las mujeres gestantes: ¿Cómo se ha sentido hoy? ¿Cómo ha estado? ¿Cómo va su embarazo? ¿Cómo se está cuidando en cuanto a...? ¿Tiene usted alguna duda con respecto a...?

Lo importante es conocer a las usuarias con respeto, entendiendo sin prejuicios sus vidas, valorando cada actividad que lleven a la apropiación del conocimiento.

2.2.1 Estar con: se inició con la identificación de la persona, como única e individual; se identificó necesidades como: falta de conocimiento en la lactancia materna, derechos de los niños, planificación familiar, factores

protectores, estilos de vida saludable, alteraciones en dieta de la madre, violencia intrafamiliar, uso de sustancias psicoactivas, además de mucho tiempo sin ninguna actividad mental.

Se acompañó y estimuló la expresión de emociones y de percepciones acerca del momento que se estaba viviendo.

2.2.2 Hacer por: estar emocionalmente presente con el otro y hacer por el otro lo que haríamos por nosotros mismos. Para esto se inicia un proceso de educación, acompañamiento, búsqueda de ayuda, según las necesidades individuales identificadas.

2.2.3. Mantener las creencias: se descubrió, a través de esta interacción, creencias, experiencias, destrezas, habilidades y conocimientos que son importantes para las usuarias y que pueden ser redescubiertos, orientados o situados, para garantizar prácticas de cuidado adecuadas en esta etapa de la vida.

2.2.4 Posibilitar: se educó a las usuarias sobre recomendaciones específicas según la necesidad identificada; además se incluyó en la atención, otros profesionales que acompañaron con su disciplina. Se dio significancia al tiempo de hospitalización con actividades lúdicas y realización de manualidades, que fueron parte del apoyo brindado, además de entretener y relajar.

Es básico establecer que se apoyó, se animó, se hizo evidente la expresión de sentimientos que posibilitaron la independencia de las pacientes, y se aseguró de alguna manera el bienestar del binomio madre-hijo. Conjuntamente, es indiscutible precisar la aplicabilidad de las teorías de enfermería en la práctica del cuidado, especialmente por la oportunidad de formulación de conceptos claros, por la integralidad y la universalidad de estos conocimientos. Se habló un lenguaje común, se estimuló la creatividad y la experiencia de la práctica se convirtió en una oportunidad de enseñanza muy enriquecedora.

Referencias

- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D. y Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8-24.
- Gómez, M., Aldana, E., Carreño, J. y Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35.
- Prieto, B. (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio, a la luz de la teoría de los cuidados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 377-381.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.

Bibliografía

- Raile, M. y Tomey, A. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En Elsevier, España, S. L. (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª. ed.) (pp. 25-32). España: Editorial Elsevier Mosby.

Faroles al hospital: devenir de la humanización en la Escuela de Enfermería Universidad del Valle 2012 – 2014

Yamileth Castaño Mora¹

Resumen

Hoy por hoy, la complejidad de los fenómenos de salud requiere de enfermeras y enfermeros que desarrollen un pensamiento crítico, independiente, ético y por supuesto compasivo y humanizado, como sostiene Watson (1985). La Enfermería asume el cuidado como el elemento central de la disciplina en el marco de la ciencia humana, que implica ir más allá de las premisas derivadas de las ciencias naturales y básicas; connota cuestionar el mundo, para que mediante la reflexión, la creatividad y el arte, se construya una nueva visión de la naturaleza humana que supere el paradigma positivista y permita el empoderamiento de la Enfermería desde un movimiento emancipatorio, cuya base sea la humanización en el cuidado (Durán, 2002).

Por lo anterior, en el marco del XII Encuentro de Egresados, el Proceso Misional de Desarrollo Humano y Bienestar de la Escuela de Enfermería apoyó la construcción de una estrategia artística e interactiva denominada “Faroles al Hospital”, buscando acercar a la comunidad directiva y administrativa de entidades de salud y educativas, así como también, a docentes, estudiantes, egresados y personas de la comunidad en general, hacia la historia de las prácticas de humanización desarrolladas entre los años 2012 a 2014. La vivencia implicó tres momentos: **inicial** o de recopilación histórica (a partir de una muestra teatral y poética), **intermedio** sobre egresados con experiencias de prácticas humanizadas en servicio y de **cierre**, con la realización de una visita de calor y humanización en cuatro servicios del Hospital Universitario del Valle, lugar donde se efectuó la experiencia.

Palabras clave: cuidado de enfermería, humanismo, educación.

Lights at the hospital: advent of humanization in the Nursing School of Universidad del Valle 2012 - 2014

Abstract

Nowadays, complexity of health phenomena requires nurses who develop a critical, independent, ethical and -of course- compassionate and humanized thinking, as argued by Watson (1985). Nursing assumes care as the central element of the discipline inside the human science which implies going beyond the premises resulted from natural and basic sciences; it requires to question the world, in order to, by reflection, creativity and art, build a new vision of human nature which surpasses the positivist paradigm and allows nursing empowerment from an emancipatory movement, based in humanized care (Durán, 2002).

Therefore, in the XII graduates reunion, the Missional Process of Human Development and Wellbeing of Nursing School supported the construction of an artistic and interactive strategy called “Lights at Hospital”, seeking to bring together the directive and administrative community from the health and educative entities, as well as teachers, students, graduates and people from the general community towards the history of humanization practices developed at the School since 2012 until 2014. The experience implicated three moments: the **beginning** or historical recompilation (from a theatrical and poetic performance), the **interlude** about humanized practice experiences of graduates in service and the **closure** with the making of a humanization and warmth visit at four services at University Hospital of *Universidad del Valle*, place where the experience was performed.

Key words: nursing care, humanism, education.

¹ Enfermera; Especialista en Docencia para la Educación Superior; Magíster en Salud Mental con Énfasis en Ciencias Humanas y Sociales; Profesora Asistente (Tiempo Completo) Universidad Del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería. Correo electrónico: yamicamo@hotmail.com

1. Introducción

En la actualidad, para sortear positivamente la complejidad de los fenómenos de salud, se requiere que el personal de Enfermería desarrolle un pensamiento crítico, independiente, ético y, esencialmente, compasivo y humanizado. La profesión de Enfermería asume el cuidado como el elemento central de la disciplina en el marco de las ciencias humanas; dicho cuidado involucra ir más lejos de lo que plantean las condiciones que resultan de las ciencias naturales y básicas; implica interrogar el mundo para construir una nueva visión de la naturaleza humana mediante la reflexión, la creatividad y el arte, y superar el paradigma positivista, de tal manera que se dé el empoderamiento de la Enfermería desde un movimiento liberador, basado en la humanización en el cuidado.

Por lo anterior, la movilización hacia las prácticas de cuidado humanizado requiere de una profunda convicción del enfermero, quien debe encontrar el sentido del mismo y asumirlo, más allá de una cultura, como un elemento propio de su terapéutica disciplinar. La Academia entiende la importancia del reto, percibe la necesidad social y profesional y arroga la estrategia formativa, como el camino hacia la transformación que se requiere para la apropiación de dicha esencia.

De manera contundente, la voz de los egresados de la Escuela de Enfermería en su décimo encuentro para el año 2012, dejó ver la necesidad de asumir la humanización al interior de los Servicios de Salud, como una prioridad de intervención por parte de la Universidad, razón por la cual, y siendo absolutamente consonante con el momento biográfico de consolidación disciplinar que vive la Escuela de Enfermería desde la construcción de un Proyecto Educativo soportado en una visión interactiva-integrativa de la Enfermería, que asume los postulados de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson y la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson; determinando tal requerimiento, como una posibilidad de permear positivamente la salud de personas y colectivos, a partir de ejercicios demostrativos, artísticos y creativos en los que el primer sujeto de cuidado es el estudiante mismo, el egresado, el personal asistencial, administrativo y directivo de las entidades educativas y de salud, porque en el camino de la humanización, aportan todos.

2. Desarrollo de la Experiencia

En el marco del XII Encuentro de Egresados, el Proceso Misional de Desarrollo Humano y Bienestar de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle apoyó la construcción de una estrategia artística e interactiva denominada “Faroles al Hospital”, buscando acercar a la comunidad directiva y administrativa de entidades de salud y de educación, así como también, a docentes, estudiantes, egresados y personas de la comunidad en general, hacia la historia de las prácticas de humanización desarrolladas en la Escuela entre los años 2012 y 2014.

La vivencia implicó tres momentos: inicial o de recopilación histórica (a partir de una muestra teatral y poética) que de la mano de los estudiantes de pregrado, permitió conocer la manera en la que se había presentado la necesidad de volver la mirada hacia las prácticas de humanización en los Servicios a través de la comunidad de egresados. Lo anterior dio lugar a la conformación de un grupo dinamizador de la propuesta de humanización al interior de la Escuela de Enfermería (año 2012) conformado por docentes nombrados y de contratación, estudiantes de pre y posgrado, egresados, enfermeros de servicio y un representante de la comunidad católica de Religiosos Camilos -referentes en prácticas de cuidado humanizado a nivel mundial-. Se resalta el aporte que el grupo dinamizador efectuó en la fase inicial, al visibilizar la problemática percibida a nivel de los diferentes servicios de salud en relación con la humanización, además de acompañar en la construcción conceptual, la fundamentación de las futuras intervenciones, susceptibles todas de ser mantenidas en el tiempo, soportadas en el microcurrículo, asociadas al desarrollo de la disciplina y movilizadas desde ejercicios centrados en la voluntariedad y la educación, como elemento principal de la práctica de cuidado.

Un año más tarde (2013), la Escuela de Enfermería efectúa una reorganización del organigrama como Unidad Académica, movilizandolos a los integrantes de la misma alrededor de cuatro procesos misionales, uno de ellos denominado “Proceso de Desarrollo Humano y Bienestar”, que albergó a su vez cinco líneas de trabajo, a saber:

- Consejería Estudiantil.
- Liderazgo Estudiantil.
- Escuela Saludable.

- Salud en el Trabajo.
- Humanización.

Desde sus inicios la línea de humanización reconoció la importancia de asumir a los diferentes sujetos de cuidado como seres únicos e integrales susceptibles de cobijar desde el comportamiento, sus sentimientos y pensamientos. De manera paulatina las asignaturas disciplinares orientaron la planeación, ejecución y evaluación de los denominados “Gestos de Humanización en Servicio”, estrategia dirigida a la intervención de los entornos laborales de los cuidadores formales, quienes recibían un cobijo ambiental, corporal y espiritual mediante la armonización de sus ambientes de trabajo con aromas armonizantes, lavado de manos con sal marina y masaje terapéutico con aceites esenciales.

La voz de los sujetos de cuidado y cuidadores familiares se hacía visible a través de mensajes de agradecimiento que eran obsequiados de su parte a la comunidad asistencial. Paralelamente se impulsó las denominadas “Visitas de Calor y Humanización”, que tuvieron como foco de intervención a la población de personas en condición de hospitalización o que reciben atención de urgencias y ambulatoria, así como también, sus cuidadores familiares. Dicha experiencia giró en torno al cuidado espiritual mediante una intervención de características esperanzadoras que incluyó actividades propias de la pedagogía de emergencia (educación puesta al servicio del cuidado). Cada visita contó con el apoyo de personal docente, estudiantes y personal asistencial, quienes emplearon ejercicios de movilización corporal de órganos vitales (región torácica: corazón y pulmones), toque sanador con masaje terapéutico, lectura esperanzadora, plegaria y compartir de bebida reconfortante (infusión herbal).

Se dio a conocer el resto de iniciativas de humanización, entre las cuales se contó con el impulso del espacio denominado “Siesta Saludable” -reivindicación del aporte positivo de las prácticas de higiene de sueño a partir del descanso de medio día durante la jornada diurna de estudio-; “Humanotecas” -presentación de cine de contenido humanizado-; desarrollo del “Festival de la Salud” -en el marco de la celebración del Día del Profesional de Enfermería- y entrega de “Botiquines de Humanización” a estudiantes de pregrado e integrantes de la Corporación de Egresados. De alguna manera, este inventario de acciones de humanización dio cuenta de la respuesta institucional al llamado de los egresados, soportado en los requerimientos sociales percibidos.

El momento intermedio giró alrededor de compartir experiencias de prácticas humanizadas en el servicio, por parte de los integrantes de la Corporación de Egresados, entre las cuales sobresale la presentación efectuada por la Enfermera Shirley Chantré, integrante del grupo Clown, Sinfonía de Sonrisas.

Dada la fecha de la realización del evento, el sentido de la navidad acompañó de manera permanente la simbología del mismo, motivo por el cual, las muestras artísticas de canto y teatro que asumieron los estudiantes, evidenciaron la necesidad del reconocimiento del otro y la posibilidad de verlo como sujeto susceptible de cuidado humanizado. Al ritmo de marimbas del pacífico, el nacimiento de la luz de la esperanza centrada en la humanización se convirtió en el mejor telón de fondo que preparó a los asistentes para su participación en las actividades de finalización del programa.

El cierre, asumido desde una postura de acción – participación, movilizó al total de asistentes hacia la vivencia de una “Visita de Calor y Humanización” que se efectuó en cuatro servicios del Hospital Universitario del Valle, lugar donde se desarrolló la experiencia. Con alegría se obtuvo como resultado, la vinculación de 123 asistentes, quienes durante la práctica en servicio lograron intervenir 120 personas entre paciente, familiares, personal asistencial, de apoyo, administrativo, docentes, estudiantes y egresados. La visita giró en torno al símbolo de la luz, que representó la esperanza que la Enfermería pone en el cuidado humanizado; por tal razón, todos los participantes portaron faroles, que dejaron en los diferentes servicios visitados.

A manera de conclusión se puede afirmar que la pedagogía del cuidado, fundamentada en el amor, el arte y la demostración, educa congruentemente, preparando a la persona para vivenciar experiencias humanas de cuidar y ser cuidado.

Referencias

- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1). Universidad de La Sabana.
- Watson, J. (1985). *Nursing. Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. National League for Nursing. United States of America: NLN Press.

Quiereme Cuidame Protegeme

Nohora Ortega C.¹

Resumen

El cuidado de la mujer gestante se ha considerado como una prioridad en la salud pública, puesto que se ha determinado no solo como un indicador en el desarrollo social del país, sino también de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se determina fundamental el inicio precoz del control prenatal ya que a través de este permite identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo el cuidado de enfermería a la mujer gestante importante ya que permite desarrollar acciones específicas de educación en salud e intervención de factores de riesgo de acuerdo a las necesidades identificadas, fomentar el autocuidado, y brindar apoyo a través del cuidado interpersonal con la gestante. A través del desarrollo de la práctica integrada de último semestre de enfermería se interactúa con la gestante y se proponen actividades desde el cuidado humanizado a través del modelo propuesto por Kristin Swanson desde el conocer, estar, hacer por el otro y mantener la confianza.

Palabras clave: Cuidado, interactuar.

Protect Quiereme Cuidame

Abstract

Care of pregnant women has been considered as a priority in public health, since it is determined not only as an indicator in the social development of the country, but also quality in the provision of health services.

Early initiation of prenatal care is determined essential because through this can identify complications of pregnancy, childbirth and postpartum, with nursing care to pregnant women important as it allows specific actions to develop health education and intervention factors risk according to the identified needs, promote self-care, and support through interpersonal care to pregnant women. Through the development of integrated practice last semester nursing interacts with the mother and activities are proposed from the humanized care through the model proposed by Kristin Swanson from knowing, being, doing on the other.

Key Words: Care, interacting.

1. Introducción

Las experiencias del cuidado, permiten sistematizar el ejercicio de la práctica del cuidado de enfermería, que se desarrollan en las instituciones de salud. Durante las prácticas integradas, realizadas por las estudiantes de último semestre de enfermería permitieron desarrollar intervenciones dirigidas a las personas y a las familias; entre las que se encuentran los proyectos de intervención con grupos comunitarios, y con las instituciones, formando parte de las intervenciones con el entorno como lo promueve la relación con el sector externo. El cuidar involucra el interactuar con la persona, en este caso con la mujer gestante que permitió comprender como la mujer asume un nuevo rol frente al embarazo, su percepción, miedos, formas de cuidado de sí misma, y la relación con la institución de salud, la cual se constituye el entorno donde esta recibirá orientaciones sobre el seguimiento del embarazo, con identificación de riesgo, recomendaciones, tratamientos, que permitirá llevar a término el embarazo y los cuidados del recién nacido.

¹ Maestría en Administración de Servicios de Salud, Universidad Mariana; Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Universidad CES; Enfermera, Universidad Mariana. Correo electrónico: nortdena@yahoo.es

2. Desarrollo de la Experiencia

“Madre, madre, tú me besas, pero yo te beso más. Como el agua en los cristales caen mis besos en tu faz...

Te he besado tanto, tanto que de mí cubierta estás y el enjambre de mis besos no te deja ni mirar...

Si la abeja se entra al lirio, no se siente su aletear:

Cuando tú, a tu hijito escondes no se le oye el respirar...

Yo te miro, yo te miro sin cansarme de mirar, y que lindo niño veo a tus ojos asomar... el estanque copia todo lo que tu mirando estás;

Pero tú en los ojos copias a tu niño y nada más.

Los ojitos que me diste yo los tengo que gastar en seguirte por los valles por el cielo y por el mar... Gabriela Mistral

A través de esta poesía Gabriela Mistral, permite reconocer como la maternidad es una de las experiencias en la vida de la mujer, que transforma y cambia diferentes conceptos y percepciones de sí misma, como en el modo y estilo de vida donde la mujer asume un nuevo rol, que para Merecer, lo define como “Convertirse en madre como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo como el rol Maternal”(1). A través de un embarazo la mujer no solo asume un nuevo rol sino que hay cambios físicos, emocionales, espirituales, asume también responsabilidades, cambio de actitudes y aptitudes que pueden acompañarse o desarrollarse con o sin complicaciones.

La gestación, se ha considerado como una de las causas directas que pueden producir la muerte de la madre o del recién nacido. Por lo tanto la salud materna sigue siendo considerada una prioridad en la prestación de los servicios de salud, puesto que las tasas de mortalidad siguen siendo altas sobresalen las causas directas derivada de la maternidad entre las que se encuentran la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y las complicaciones derivadas de los abortos realizados en condiciones peligrosas. Como lo afirma Gonzales R. “Más del 70% de las muertes maternas a nivel global son causadas por 5 causas principales: hemorragia, infecciones, aborto, hipertensión arterial y parto obstruido. La hemorragia y la sepsis explican el 42 y 44% del total de los fallecimientos maternos en Asia y África y son evidentemente causas asociadas a insuficiente cobertura en la atención capacitada del parto” (2).

Así mismo “La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef estiman que cerca de 585.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna que por cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil son, en promedio, 10 veces”(3).

Por otra parte en Colombia dentro del plan de choque para la reducción de la mortalidad materna (2003) y el Compes que buscaba cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015, se indicaba la importancia de disminuir la mortalidad materna, con base en estrategias tales como aumentar la consulta del control prenatal y llegar a la institucionalidad de la atención de parto en más del 95%, junto con herramientas interinstitucionales que identificaban tempranamente alteraciones de la prestación del servicio para intervenir a tiempo y evitar complicaciones mayores o mortalidad interinstitucional (4). Y de acuerdo al informe Objetivo de desarrollo del Milenio, Colombia 2014, aun no se ha logrado alcanzar las metas relacionadas a mejorar las condiciones de salud de la mujer gestante, afirma “este objetivo es el que presenta mayor rezago, incluso hay retrocesos en algunos años. De continuar la tendencia, Colombia no alcanzará la meta establecida para 2015 de 45 por 100.000 nacidos vivos”. También relaciona la muerte materna con el acceso a los servicios de salud y nivel educativo de la mujer, en el mismo informe afirma: “Las diferencias entre las cabeceras municipales, centros poblados y las zonas rurales dispersas y el tipo de régimen de salud que tienen las madres fallecidas, muestran una clara tendencia de las limitaciones en el servicio oportuno y de calidad en salud.”(5)

Por otra parte de acuerdo con la UNFPA Colombia “La salud materna se considera un indicador trazador del desarrollo de un país, pues revela la importancia que dicha sociedad atribuye a la vida y a la salud de sus mujeres, y a garantizar que cada mujer decida libremente cuándo ser madre, que acceda a información adecuada y a métodos anticonceptivos, y que reciba atención oportuna y de calidad cuando esté en embarazo.”(6).

La política de salud sexual y reproductiva de Colombia define como una prioridad la salud de la mujer gestante a través de la línea de acción denominada maternidad segura, afirma “Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar de los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/o y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo.”(7) Propone además plantear acciones de la captación temprana y la adherencia del control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas del autocuidado que dirigidas tanto en el cuidado de la mujer gestante y el recién nacido. Donde por medio de las acciones de promoción de la maternidad segura por medio de estrategias de Información, educación y comunicación (IEC) se debe “Fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja. Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a. Las acciones de información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna” (8).

Para las instituciones Prestadoras de servicios de salud se constituye en una de los pilares de calidad en la prestación del servicio reglamentado a través de las normas técnicas de atención desde la Resolución 412/ 2000 del Ministerio de Salud de Colombia; en la Norma Técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, se define como objetivo en la prestación “Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.”(9) a si mismo se propone el ingreso precoz de la usuaria al control prenatal “Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.”(10)

Por otra parte, en la práctica integrada realizada en instituciones de primer nivel de atención a través la gestión del cuidado de enfermería de la mujer gestante, permite desarrollar acciones de cuidado a este grupo de población, donde se encuentra que la mujer no accede a la consulta de prestación de servicios de salud. Conjuntamente con las estudiantes (hoy en día egresadas) se analizó a través de los denominados proyectos de intervención, el acceso y adherencia de la gestante a los servicios de salud, se realizan la evaluación de las coberturas alcanzadas y el análisis de la adherencia a la norma técnica, como los criterios de calidad según la norma. Se encuentra que la mujer gestante ingresa al control prenatal y hay una adherencia oportuna en los diferentes procesos y procedimientos establecidos por la norma”(11). Pero, los datos indican que la mujer no asiste al control precozmente, solo se hace antes o después de la semana 20 de gestación, donde pueden presentarse complicaciones asociadas al embarazo. Los proyectos de intervención permitieron conocer que las instituciones de salud ofrecen diferentes mecanismos de ingreso para la gestante, es así donde se analiza el ingreso de la gestante desde la accesibilidad de los servicios de salud, con horarios oportunos, calidad en la prestación de servicios, en capacidad resolutoria, y surgen preguntas como ¿este acceso tardío se relaciona desde el autocuidado de la persona? O ¿desconocimiento de la mujer sobre la normatividad y políticas de salud? Y ¿Por qué la mujer embarazada no acude a los servicios de control prenatal?

A partir de este punto es donde se analiza ¿Cómo a partir del cuidado de la persona, en este caso de la gestante, se puede mejorar el acceso a los servicios de salud? Esta pregunta orientadora permitió la revisión de modelos de enfermeras que permitían reconocer el cuidado como una interrelación con la otra persona, Báez Hernández, et al, cita a Watson, quien afirma que “El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (12).

Para King, “las enfermeras proporcionan un servicio esencial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos, y les proporcionan cuidados cuando están enfermos” (13). Para Swanson la enfermería es “la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales”(14) Siendo así, que la “atención” de la mujer gestante debe ser realizada a partir de esta interacción con la persona; la revisión de los diferentes modelos y teorías, permitió analizar los relacionados al cuidado humano, siendo novedoso (para la docente y estudiantes) Swanson, propone que “las personas son seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas. Son seres dinámicos, espirituales y en crecimiento permanente, que se autor reflejan y anhelan estar conectados con otros. Swanson postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío.”(15).

Este postulado importante, puesto que permitió comprender que la mujer es un ser único, dinámico, espiritual y en crecimiento, durante la gestación la mujer debe asumir un nuevo rol, según “el proceso de transición es continuo y fluctuante, requiere metas, comportamientos y responsabilidad propia de la mujer para alcanzar un nuevo concepto e identidad de sí misma” (16). Al analizar la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo y guías de atención basadas en la evidencia, proponen acciones que son inherentes al cuidado de la mujer gestante, propone “el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como debajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.”(17), entre las actividades que debe incluir en la consulta de enfermería, se encuentran las relacionadas con educación e información a la mujer gestante, pero también la aplicación de un proceso sistemático en la planeación del cuidado, que permite también identificar condiciones de riesgo, identificar tempranamente complicaciones maternas y fomentar el autocuidado, reafirma la postura de que el cuidado de enfermería en la mujer gestante debe partir desde la interrelación con la persona, conocer como la mujer asume el embarazo y como la mujer toma decisiones frente a sí misma (auto cuidado) y con su hijo.

Quierete, Cuidame, Protegeme: una Propuesta desde el cuidado humanizado

Esta propuesta es el resultado de la interacción de la mujer gestante, la característica inicial, es dada por la ausencia de la mujer en el control prenatal después de la semana 20 y no vinculación o muy escasa vinculación al Curso de preparación del Parto.

De acuerdo a los postulados de Swanson, presenta 5 etapas de intervención de enfermería el conocer, entendido como “Conocer es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”(18) a partir de este, se emprendió la primera tarea

- **Se debía conocer la realidad de la gestante y como percibía ella su realidad**

De acuerdo a la norma técnica de detección temprana del embarazo, se debe “Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente, promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal, Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.”(19). Generalmente estas actividades se las realizan a partir de aplicación de procesos administrativos y de apoyo, y no se ha desarrollado acciones desde la consejería dirigida a la mujer que demanda este servicio.

Comprender como la mujer asume el rol maternal es prioritario puesto que asumirlo implica tomar una decisión frente a su maternidad, de acuerdo a esta experiencia se observó que el momento de la entrega del resultado de la prueba de embarazo, es crucial puesto que la mujer define y asume o no su maternidad,

desde la gestión del cuidado se debe realizar un acercamiento y apoyo a la mujer, a través de una asesoría que permita el reconocimiento de la situación de vida de la mujer y establecer un apoyo educativo.

En el cuidar el apoyo desde el conocimiento científico sustentado a partir de la investigación, aplicación de los modelos y teorías, a través de la herramienta metodológica del PAE, permite orientar la formulación de planes de cuidados orientados hacia garantizar la atención integral de la mujer gestante, donde se incluye acciones enmarcadas desde la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta la normatividad, pero a sí mismo a través de planes educativos en salud acordes con las necesidades de las mujeres, desde la aplicación de una educación terapéutica que favorezca el bienestar de la misma. La normatividad, propone educación en factores de riesgo y protectores para fortalecer el autocuidado de la mujer en estado de gestación, pone en evidencia la importancia de los cursos de preparación de parto que involucra el cuidado desde la educación formal, y terapéutica pero a la vez estas acciones promueven el acompañamiento de la mujer gestante.

- **El estar con permite conocer a la mujer**

En este momento se realiza a través de la aplicación de la observación y la entrevista a la mujer que acude a recibir la prueba de embarazo; “muchas veces las mujeres llegan apresuradas a recibir la prueba algunas preguntan por el resultado, otras no lo leen, las que lee las pruebas, se observan que tienen miedo, pero salen del consultorio apresuradas” (comentarios estudiante participante la intervención).

Cuando una mujer recibe una prueba del embarazo, la enfermera aplica el estar con, propuesto por Swanson, Estar con significa “estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. Asegura a la persona que su realidad es apreciada y que la enfermera está lista y dispuesta a estar ahí. No solo incluye la presencia físicas si no también el mensaje claro de disponibilidad y la habilidad de soportar con el otro”(20)

A través de esta dinámica, permite conocer que la mujer que ingresa por el resultado de una prueba de laboratorio si esta es positiva, la mujer no es igual desde sus percepciones, en el sentir, en el actuar, y la forma como ella asume el nuevo rol que ahora es diferente a las expectativas, planes y metas formuladas, se encuentran situaciones similares que se categorizaron en los denominados miedos frente al embarazo.

El primer Miedo se relaciona a estar embarazada, el segundo se relacionar, con asumir o no la decisión de ser o no madre, puesto que en su mayoría de las mujeres no había planeado un embarazo, es decidir “pensar, si se lo tiene o no, y decidí que sí”, “llegue a pensar en abortar... pero, por eso me demore en venir al control prenatal... abortar es una opción que uno piensa, pero no es mi bebe y el solo pensar cómo va hacer me hizo tenerlo,” (voz de asistente).

El tercer miedo se relaciona como se va a evolucionar el embarazo, cuales son las condiciones del mismo, la evolución, o complicaciones que se puedan presentar; “es mejor no saber, ¡pero si no viene normal! o ¡completo!, mejor ¡no!, entonces uno le da miedo y no acude al centro de salud, ¡entiende! y es por eso que mientras se asimila el embarazo y resto, es ahí ya cuando se va donde el médico” (voz de mujer)

El cuarto Miedo, el miedo al qué dirán, “no estaba casada, mi mama me dio ánimos, ¡usted sabe!... Que dirían las vecina, sobre todo ¡la rival!... sonríe y baja la mirada” (voz mujer)

Siendo importante interactuar con la mujer, puesto que esta relación interpersonal a través de las asesorías y planes educativos permiten orientar en toma de decisiones informadas. De ahí que la propuesta desde la gestión del cuidado de enfermería, involucra retomar las consultas de enfermería, partiendo en la identificación de necesidades, de riesgo del embarazo fortaleciendo procesos de comunicación asertiva, orientando planes de cuidado acordes a la realidad de las gestantes que acuden a los centros de salud. A sí mismo, en el momento de escuchar a la mujer gestante, se debe partir de la comprensión de la cultura, que influye en las decisiones de cuidado de sí misma que tome la mujer, como ella percibe y asume su nuevo rol, afirman, “Cambia todo, se pierde pero se gana, es algo que no se puede explicar cuando al fin lo sientes, la responsabilidad es mucha pero en realidad ahora te sientes feliz”. También culturalmente la mujer en estado de gestación, e influenciadas por información formal e informal asumen el “embarazo no como una

enfermedad” y así que algunas mujeres cuando se formula la pregunta ¿Por qué no asisten al programa prenatal” responden ¿el embarazo no es una enfermedad, si no estoy enferma porque asistir al médico?

- **Nuevas opciones**

La consulta de enfermería desde la identificación de necesidades promueve los factores protectores y garantizaría la adherencia a los controles prenatales, Dentro de las acciones propuestas para fortalecer los modelos educativos desde los cursos de preparación de o esta parto, se desarrollan estrategias de movilización social para hacer que la mujer gestante que aún no está inscrita ingrese al mismo, estrategias como SE BUSCA, conjuntamente se orienta a la mujer desde el resultado de la prueba de laboratorio a los servicios de planificación familiar o consulta prenatal, A través de esta estrategia se logra fortalecer parcialmente el ingreso de mujeres al control prenatal, pero a su vez se propone como objetivo Fortalecer los Cursos de Preparación de Parto, donde conjuntamente con las mujeres gestantes se diseña una ruta de atención para favorece el ingreso, haciendo énfasis en la descripción de los procesos donde habían dificultades en el acceso.

Con el grupo de gestantes que ingresan a los servicios prenatales se inicia el curso de preparación de parto, pero esta vez se realiza favoreciendo la participación de la mujer, la modalidad de trabajo permite el reconocimiento de sí misma como gestora de su propio cuidado. Quiérete cuidame protégeme, es una propuesta generada desde las gestantes, donde explican “cuando tú te quieres, quieres a los otros y al ser que se está formando”, “si tu como mujer te quieres, brindas cuidado al bebe y lo va a proteger”, proponen el lema de “la bendición de nacer, hoy”, además desde el consenso explican que es una bendición de Dios el estar embarazada y tener ahora un bebe. Se realiza a través del curso Sico profiláctico de parto donde no solo se da unos contenidos temáticos, sino se integra los diferentes componentes espirituales, arte, dialogo y reflexión en compartir es de experiencias y temores, pero también de cuidados, de acuerdo a Swanson citada por Noguera y Villamizar “Capacitar significa facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acompañamiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a los sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y brindando realimentación. Implica brindar entrenamiento, información y explicación al otro; permitirle tener su experiencia, asistirlo en el enfoque sobre asuntos importantes, ayudarlo a generar alternativas, guiarlo hacia una consideración detenida de las cosas, ofrecer realimentación y validar su realidad”(21) por medio de la formulación de un plan educativo en salud, retomando la denominación del curso de preparación del parto, (porque este es un nombre más familiar para la mujer), se establecen las sesiones educativas de 45 minutos, Se realizan las sesiones educativas desde la metodología participativas de educación en salud, aprender haciendo, donde le permite a la mujer reflexionar y aclarar sus dudas frente a su auto cuidado, se promueve la participación del hombre y el empieza a asumir su nuevo rol como padre. En primera instancia se realiza el acercamiento espiritual, este acercamiento espiritual hacia la maternidad, involucra también conocer la formación biológica del nuevo ser, en segunda instancia se retoman los temas y contenidos propuestos por la institución prestadora de servicios de salud, además se incluye actividades manuales donde la gestante realiza tejidos a mano para él bebe. Afianzando la Fe y confianza “Mantener la confianza implica sostener la fe y las capacidades que el otro tiene para sobreponerse a eventos o a una transición y afrontar el futuro con un nuevo sentido que inicia y se mantiene con el cuidado de enfermería”.(22)

- **La propuesta**

El cuidar, permite conocer, comprender y planificar las intervenciones profesionales y disciplinares dirigidas desde la necesidades de las personas, la mujer gestante, re significa su rol para sí misma, para la familia, grupos sociales, comunitarios y la sociedad, de ahí, los cuidados deben contextualizarse desde el entorno donde se encuentra este se considera que está influenciado por la pareja y el personal de salud, quienes constituyen fuentes de apoyo y ayuda e influyen de forma positiva en la evolución de la gestación, parto y primeros cuidados del recién nacido. Es importante en dentro desde la misma gestión del cuidado de enfermería, promover el las consultas de enfermería, implementar y desarrollar planes de cuidados, donde se fomente y refuerce las prácticas de cuidado de sí mismo, encaminado desde la identificación de las necesidades de las

personas, intervenciones y decisiones consensuadas e informadas. De acuerdo a esta experiencia se puede concluir que:

- La mujer debe ser partícipe de su propio cuidado, el cuidado de sí misma orienta a tomar decisiones referentes a acudir tempranamente a controles prenatales.
- La gestión del cuidado de enfermería, debe aplicarse retomando los fundamentos que la diferencian como disciplina y profesión. Fundamentando el cuidado desde su propio ejercicio en la práctica, por medio de investigaciones y experiencias que permitan desarrollar y fortalecer los diferentes procesos de atención a las personas.
- El proceso de atención de enfermería, permite realizar planificación de cuidados que no son en ningún momento incompatibles con normas, guías o protocolos, en cambios enfermería retoma y promueve los lineamientos propuestos por las mismas para garantizar una atención integral con calidad, partiendo de valoraciones con enfoque de riesgo, garantizando procedimientos seguros acordes a políticas institucionales.

Referencias

- (1). Alvarado, Laura; Guarín, Luzmila; Cañón-Montañez, Wilson ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERÍA BINOMIO MADRE-HIJO: REPORTE DE CASO EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL Revista CUIDARTE, vol. 2, núm. 1, enero-diciembre, 2011, pp. 195-201 Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia
- (2). González P Rogelio. SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2015 Jun 22] ; 75(6): 411-421. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600011>.)
- (3). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. rev.fac.med. [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2015 June 24] ; 58(3): 167-171. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000300001&lng=en.
- (4). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. rev.fac.med. [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2015 June 22] ; 58(3): 167-171. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000300001&lng=en
- (5). OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Colombia 2014. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Avenida 82 No. 10-62 piso 3, Bogotá Teléfono: 89.000www.minsalud.gov.co/.../Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposi
- (6). BOLETIN DE PRENSA MAYO DE 2013. NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA.SALUD MATERNA UNA TAREA PENDIENTE PARA COLOMBIA
- (7). (8) POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Bogotá, febrero de 2013 fondo de la población de las Naciones Unidas
- (9). (10) (17) (19) NORMA TECNICA DE DETECCION TEMPRANA DEL EMBARAZO. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE PROMOCION Y PREVENCIÓN. REPUBLICA DE COLOMBIA
- (11). PROYECTO DE INTERVENCIÓN.INSTITUCIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD. NOVENO SEMESTRE. PROGRAMA ENFERMERIA 2012
- (12). Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro Vianet, Ramos-Cedeño Leticia, Medina-López Ofelia M. El SIGNIFICADO de Cuidado en la Práctica profesional de enfermería. Aquichán [serie en Internet]. 2009 agosto [citado 25 de junio 2015]; 9 (2): 127-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en.
- (13). Del Rey Cristina. Tesis Doctoral. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física.

- 14) (15) (18) (20) (21) (22) Noguera O. Norma, Villamizar M. A.P. "Un milagro de vida": de la teoría a la práctica de la enfermería revista colombiana de enfermería Agosto de 2014 • Volumen 9 • Año 9 • Bogotá D.C., Colombia • ISSN 1909-1621. disponible en www.uelbosque.edu.co/.../publicaciones/...enfermeria/.../001_bandera.pdf.
- (16). Mercer R. Nursing support of the process of becoming a mother. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35 (5):649-51. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

Ponencias



Cuidando en el aula desde una electiva profesional

Ana Patricia Pérez Saavedra¹

Nancy García García²

Bayron Manuel Ruiz³

Resumen

El trabajo investigativo cuenta las experiencias que permiten a los estudiantes y profesores de Enfermería de la Universidad del Quindío, realizar cuatro trabajos educativos en salud, con maestros y orientadores de instituciones educativas (básica, media vocacional y superior), y otros contextos no tradicionales para la disciplina.

El estudio muestra trayectos de acción en Enfermería, abordados desde la producción propia de sus teorías, con una mirada diferente a la tradicional de las ciencias de la salud, tomando modelos autobiográficos, apreciativos, en directa relación con la educación y algunos autores propios.

Se narra las experiencias, tanto de construcción de conocimiento, como de intervención y de vivencia que se emprende desde las orientaciones que brinda la actividad académica: liderazgo para el cambio, que tiene énfasis en educación, cuya principal motivación es construir procesos de indagación, argumentación y crítica frente a los fenómenos socio-culturales y políticos, donde el profesional de enfermería contribuye a su discusión desde las perspectivas humanas, científicas y epistémicas, posicionándose como sujeto activo que favorece el desarrollo humano, la gestión del cuidado y la gestión del conocimiento en procesos colectivos y comunitarios, a partir de ámbitos de educación pensados desde el meta-paradigma: salud, persona, entorno y enfermería, permeando la cultura y proponiendo alternativas novedosas de cuidado.

Fueron experiencias discutidas desde las particularidades logísticas, epistémicas y académicas, que han servido desde el aula como herramienta potenciadora de construcción de conocimiento y estrategias de innovación. Se tiene la posibilidad de educar para la de-construcción individual y la construcción colectiva de sociedad.

Palabras clave: cuidado, salud, entorno, persona, enfermería, educación.

Caring in the classroom from a professional elective

Abstract

The experiences reported in this research work allowed students and teachers of Nursing at the University of Quindío, Colombia, perform four jobs in health education, with educators and counselors from educational institutions of basic education, secondary and higher vocational and other non-traditional contexts to the discipline.

The study shows paths of action in Nursing, approached from the production of their own theories, with a different look to traditional science of health, taking autobiographical models, appreciative, directly related to education and some own authors.

The work relates the experiences of building knowledge, intervention and experience which are undertaken from the guidance provided by the academic activity: leadership for change with emphasis on education, whose main motivation is to build processes of inquiry, argument and criticism against socio-cultural and

¹ Enfermera; Especialista en Educación Superior; Magíster en Educación: Desarrollo Humano. Docente Tiempo Completo, Universidad del Quindío; Coordinadora de Prácticas Formativas, Universidad del Quindío; Supervisora de Prácticas, Universidad del Área Andina. Correo electrónico: apperez@uniquindio.edu.co

² Enfermera; Licenciada en Educación preescolar; Magíster en Educación: Desarrollo Humano. Docente Medio tiempo, Universidad del Quindío; Enfermera Área administrativa, Hospital Universitario San Juan de Dios. Correo electrónico: ngarcia@uniquindio.edu.co

³ Médico Ginecólogo; Magíster en Educación. Docente del Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío, Colombia. Correo electrónico: bruiz58@yahoo.com.mx

political phenomena where the nurse contributes to discussion, from the human, scientific and epistemic perspective, positioning itself as an active subject that promotes human development, care management and knowledge management in collective and community processes, from fields of education, designed from the meta-paradigm: health, person, environment and nursing, permeating the culture and proposing innovative alternative care.

They were experiences discussed from the academic, logistical and epistemic particularities that have served from the classroom as a building tool empowering knowledge and innovation strategies. This way it is possible of educating for individual deconstruction and the collective building of society.

Key words: care, health, environment, person, Nursing, education.

1. Introducción

Paravic (2010) menciona que el cuidado profesional, entendido como el proceso de diagnosticar y tratar los problemas de salud, requiere de conocimientos, actitudes y destrezas que sólo son adquiridas con estudios sistemáticos y ordenados, además de profundos conocimientos del hombre, la salud, la sociedad y la enfermería. Por su parte De La Rosa (s.f., citado por Paravic, 2010) menciona:

La calidad en la formación del profesional depende no sólo de esos conocimientos y habilidades, sino de los intereses y valores que regulan su actuación profesional. El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad constituyen valores esenciales, reguladores de la actuación de un profesional competente, que se ven reflejados en cada persona de manera diferente, en función de su historia individual, sus intereses y sus capacidades (párr. 30).

Alrededor del mundo, el acto de cuidado de Enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión; se fundamenta con sus propios modelos y teorías, además de ir enriqueciendo su saber desde los conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se es profesional en enfermería a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el (la) enfermero (a) y el ser humano sujeto de cuidado en sus distintas circunstancias, roles o situación de salud. Por esta razón, desde el espacio de electiva profesional de profundización llamada Educación, el estudiante de enfermería se potencia en posibilidades de interpretación y construcción de mundo, y de una manera efectiva pone en evidencia su responsabilidad social.

La Enfermería, como profesión liberal, de carácter social, tiene como objeto de estudio el cuidado integral a la persona, la familia y la comunidad, ofreciendo una gama de posibilidades laborales a quienes hoy en día la ejercen. Los procesos académicos a los cuales se ha estado sometido cuando se decide estudiar enfermería, informan el potencial humano que evidencia la disciplina al identificar en sus sujetos de cuidado las características socioculturales, y el acto de reconocer sus necesidades y derechos. Sin embargo, no se trabaja con el enfermero en formación, la posibilidad de reconocerse a sí mismo y a los demás como seres sociales, políticos y económicos que influyen directamente sobre el bienestar colectivo.

2. Metodología

Tipo de estudio: cualitativo con enfoque participativo y revisión documental.

Técnica: Observación participante.

Instrumentos: Experiencias de los participantes y el diario de campo.

Análisis de la información: de forma manual, categorización abierta, usando la narrativa para dar a conocer los resultados.

Muestra: Intencional.

Tiempo estimado: 12 meses.

Fuentes: estudiantes de décimo semestre de Enfermería, revisión documental y teórica.

Lugar: Instituciones educativas, hogares de paso, campus educativo.

3. Resultados

Es hasta hace poco que se ha pensado en modificar y construir conocimiento desde las experiencias vitales, proponiendo desde esta postura una adecuación desde lo personal, que debe traspasar lo colectivo de los currículos. Los profesionales que hoy se dedican a pensar en la formación como transformación personal puesta al servicio de la sociedad, deben procurar sugerir y argumentar propuestas de transformaciones drásticas que les permitan ser coherentes con la realidad social, las necesidades propias del educando y, sobre todo, de la región para la cual se busca formar. El programa de Enfermería de la Universidad del Quindío no es ajeno a estos postulados y oferta anualmente tres electivas de profundización: Monitoría, Consultoría y Educación, siendo ésta última la más solicitada por los estudiantes, al ver posibilidades de trabajos de innovación desde los conceptos pedagógicos articulados con el arte de cuidar. Los resultados muestran cuatro trabajos de los muchos que se ha realizado y que han impactado sobre la región.

La práctica del docente en Enfermería representa un papel primordial para los educandos; por lo tanto, la persona –mínimo- debe tener sentido humano en sus relaciones, idoneidad, asertividad en su comunicación; debe saber escuchar y entender los problemas que está enfrentando; saber tomar decisiones con un pensamiento crítico para lograr transformar aspectos en lo cognitivo, afectivo, conceptual y axiológico, además de tener la capacidad de incluirse en este proceso con el otro por medio del diálogo, con buenas relaciones interpersonales, aunque existan divergencias. De igual manera, vincularse e integrarse al mundo interno y externo, generando posibilidades de ayudar a la construcción de nuevas estructuras conceptuales, favoreciendo en el estudiante cambios significativos en el ser, como sujeto humano, reflexivo, participativo, crítico, analítico, creativo, comunicativo, proyectivo, para saber interactuar con el medio.

Con todo lo anterior, se sienta las bases para una educación ideal, donde el educando es el eje fundamental de toda sociedad. En una práctica pedagógica cuya preocupación está dirigida a la formación de sujetos cuestionadores, en este caso los profesionales de Enfermería, se hace necesario implementar acciones que contengan elementos estimuladores del pensamiento crítico-creativo. En la práctica pedagógica se debe reforzar el modelo formativo, aquél que privilegia una sintonía mayor entre el pensar y el sentir, y entre el desarrollo de la capacidad de abstracción y la contextualización.

Se debe aprender a ejercer la enfermería no sólo con la cabeza, sino también con el corazón; hacer de la razón y de la sensibilidad, instrumentos para fortalecer y cualificar el cuidado de enfermería; asociar el conocimiento y el afecto, el pensamiento y los sentimientos, la razón y la emoción, apuntando para la educación del futuro. Para esa atención de las necesidades actuales de la sociedad se exige una práctica alternativa al modelo que convencionalmente se viene desarrollando; un cuidado coherente con el ejercicio crítico-reflexivo de reconstrucción de su propio proceso de trabajo. El enfermero necesita anclar su práctica en el escenario de su realidad, construyendo conocimiento y generando las transformaciones indispensables en las situaciones vividas en su cotidianidad; no solamente saber hacer, sino saber por qué lo hace.

Para ello debe hacer uso del trabajo comunitario como aspecto relevante de la profesión, el cual le da la oportunidad de percibir e interpretar el vínculo existente entre su experiencia individual, que ejerce como docente, y su propia construcción de mundo en su práctica diaria, como instrumento constructor de nuevas ideas y haciendo más fácil su explicación. La historia hace una invitación a los seres humanos a cuestionarse sobre aquellos temas de enfermería, cuyo propósito como agentes cuestionadores va más allá de un análisis de la perspectiva como sujetos sociales o profesionales; va encaminado a un re–encontrarse con el sujeto que no se conoce, y que se ha perdido por el afán de modernidad, lo que está movilizando desde su subjetividad.

Como diría Zemelman (1992, p. 46) “para ver realidades nuevas hay que necesitarlas. Para forjar utopías se requiere de esta necesidad por una realidad diferente [...] pero ¿reconocemos la realidad que nos circunda?”.

Y Malvárez (2007), expresa que:

Esta concepción multidimensional de la Enfermería contiene el intento de provocar una discusión crítica sobre su tradición histórica articulada al modelo biomédico y concentrada en el hospital; una discusión que conduzca a entender que la enfermería en sí misma, que nació y está llamada a recuperarse en su predominante condición comunitaria, ya que es allí donde la mayor parte de los problemas de salud se desenvuelven [...] pueden impedirse, cuidarse y resolverse. [...] La re-significación y desarrollo de la enfermería en los diferentes contextos constituye en resumen el desafío mayor si se entiende que, en el contexto de la interdisciplinaridad y la complementariedad intersectorial, la Enfermería puede dar su aporte a la renovación de la Atención Primaria de Salud como sistema político, conceptual y práctico de la respuesta social organizada, ámbito especial y específico donde el cuidado se desenvuelva tan íntimo como comprensivo, tan solícito como abarcador y tan complejo y pertinente como calificado, ordenado a cuidar a todos y a cuidarlos bien. (p. 529).

Por esta razón, se propone un recorrido a través de estaciones, encaminadas a narrar las situaciones propias del enfermero docente/discente que acontece en sí mismo y se despliega en el aula expandida, abordando los tópicos: Persona, Entorno, Salud y Enfermería. Se pretende hacer sentir cómo las estaciones y los cuatro tópicos son necesarios en los ciclos de vida del universo y que si alguno de ellos faltara, la vida no sería completa en ningún ser viviente. El trabajo de campo fue realizado durante el segundo semestre de 2012 y el primero de 2013, con relación al quehacer de enfermería, en estrecha correspondencia con procesos educativos a la comunidad, centrándose en la actividad conjunta de los actores, a partir de la elaboración de programas educativos adscritos al servicio de extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío.

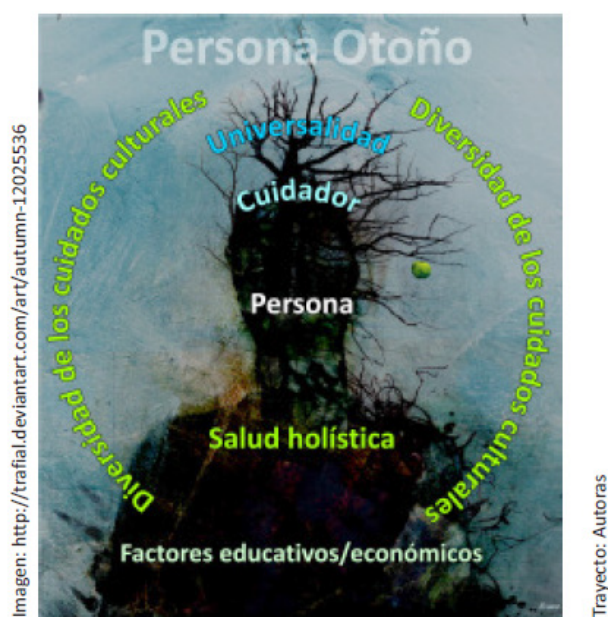


Figura 1. Otoño.

Fuente: <http://trafi.al.deviantart.com/art/autumn-12025536>

El abordaje se hace con apertura a los modos de leer e interpretar el cuidado, diseñando cuatro momentos que hacen referencia a esas posibilidades de tiempo y espacios humanos: en la estación **otoño**, el trabajo realizado se denominó *Reconstruyendo el pasado: una mirada a los habitantes del Hogar de Paso Obra de Jesús pobre*, ubicado en el barrio Granada de la ciudad de Armenia a través de sus propias experiencias; la dimensión fundante se enmarca en el tópico Persona. Los adjetivos que mejor describen esta estación son: nostálgica, melancólica, reflexiva, bella, cálida y triste; casi la descripción de las experiencias narradas por los habitantes del hogar de paso, un tiempo y un lugar en el que hay preparación para el duro invierno o una dura circunstancia.

Sin lugar a dudas, recordar es dar un paseo por la realidad vivida en la que el viento de los recuerdos toca

los rostros de aquél que camina pisando las hojas de sus vivencias; es por ello que el otoño es el que mejor define los aspectos que desde la enfermería delimitan a la persona. El proyecto *Reconstruyendo el pasado* se pensó desde la revisión teórica de la enfermera Madeleine Leininger (1925-2012), desde la cual se construyó una propuesta pedagógica a partir de las narrativas de los habitantes del Hogar de Paso Obra de Jesús Pobre, Sede Armenia, con el fin de rescatar sus costumbres, creencias y cultura. Al finalizar se evidenció una gran satisfacción por parte de los habitantes y los cuidadores, de tal manera que los cuidadores principales decidieron institucionalizarla en el hogar; el aporte final fue una guía para la realización de la jornada para que las personas tengan opciones de actividades desde las preferencias de las personas mayores.



Figura 2. Invierno.

En la estación **invierno**, el trabajo realizado se denominó *Proyecto diplomado de actualización profesional: proceso de atención de enfermería*, cuya dimensión fundante se enmarca en el tópico Enfermería. Pérez y García (2013) sostienen:

La palabra invierno viene del latín *hibernum*; es una estación caracterizada por días más cortos, noches más largas, contextos mucho más tensionantes; en él hay desprendimiento; por lo tanto, las personas alcanzan la auténtica realización del ser. El frío permite conocer y desear la perfección; enseña a responder y enfrentar las crisis. El paso de cada invierno invita a acentuar las cosas y a hacerlas más intensas, llevando a reflexionar sobre su quehacer, porque en él, cada quien se aprende a conocer. La ventaja del invierno es que es un espacio íntimo, porque hace que las personas se encuentren para protegerse, lo que les permite pensar en el otro; el espacio es místico y para las enfermeras es aquél en el que desde su mismidad, empiezan a desplegarse en otredad, evidenciándola en el reconocimiento de sus propias herramientas epistémicas y disciplinares, haciendo uso de ellas en el contexto que habitan con sus sujetos de cuidado (p. 52).

El proyecto Diplomado en plan de atención de enfermería se pensó debido a la gran dificultad que en la actualidad manifiestan las enfermeras en su quehacer cotidiano. De este trabajo se obtuvo un documento formulado como proyecto de intervención pedagógica y didáctica para orientar, desde una perspectiva disciplinar, la producción de saberes para la elaboración de un diplomado de actualización en Proceso de Atención de Enfermería dirigido a la comunidad enfermera. Se basó en los principios del constructivismo, lo cual se consideró importante por la interacción entre las personas y el mundo que las rodea. Como conclusiones importantes y generales, los estudiantes que realizaron el trabajo evidenciaron el plan de atención de enfermería como una herramienta importante para la disciplina, con el propósito de efectuar un cuidado integral e integrado a todos los seres humanos que así lo requieran.



Figura 3. Primavera.

Fuente: <http://emindeath.deviantart.com/art/Rainbow-Umbrella-75193385>

En la estación **primavera**, el trabajo llevado a cabo se denominó *Docentes mediadores para la prevención, manejo y resolución de conflictos escolares a partir de la construcción de valores*, en el tópico Entorno. La primavera es la época del año en que se manifiestan de forma más evidente los procesos del nacimiento y el crecimiento en cualquier representación de vida.

Los chinos la llaman “primer movimiento” -palabra que coincide con el elemento Madera, como el tronco de la planta o del árbol que va creciendo-. Las semillas rompen su envoltorio para crecer hacia la luz; las hojas y las flores estallan en las ramas para regalarnos ese color verde (Estudios Náuticos Costa 2003, 2006).

...característico de este periodo; las primeras flores en los árboles del campo. Esta cualidad del movimiento en la primavera define también la influencia en la personalidad humana y se refleja en su capacidad para planificar su vida y tomar sus propias decisiones, y para controlar así su propio destino. En otras palabras, para tener clara la dirección de hacia dónde se quiere caminar.

Esto llevó a trabajar el proyecto con docentes mediadores, para la prevención, manejo y resolución de conflictos escolares a partir de la construcción de valores, cuyo objetivo fue la construcción de lineamientos teóricos como herramienta de apoyo para los docentes de básica primaria de la Institución Educativa INEM José Celestino Mutis. Peplau (2001, citada por Aniorte, 2015) afirma “que los pacientes tendrán problemas si [algunas de sus] necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiada elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente”. Es aquí donde la comunidad escolar se vio inmersa en situaciones que generaban en ella mayores conflictos. La institución educativa estaba conformada por un grupo de 15 docentes y una coordinadora en primaria, que hace parte de este grupo.

El proyecto se apoyó en Ausubel (1976, citado por Tayupe, 2009) y el aprendizaje significativo:

...proceso que se genera en la mente humana cuando subsume nuevas informaciones de manera no arbitraria y sustantiva y que requiere como condiciones: predisposición para aprender y material potencialmente significativo, lo que a su vez significa ‘significatividad lógica’ de dicho material, y la presencia de ideas de anclaje en la estructura cognitiva del que aprende (p. 2).

Es una idea subyacente a diferentes teorías y planteamientos psicológicos y pedagógicos, que ha resultado ser integradora y eficaz en su aplicación a contextos naturales de aula, favoreciendo pautas concretas que los facilitan.



Figura 4. Verano.

Fuente: <http://fly10.deviantart.com/art/sun-272625511>

En la estación **verano**, el trabajo realizado se denominó Conformación de grupos de ayuda mutua - GAM.

La palabra verano deriva del latín *veranum tempus*, que quiere decir “buen tiempo” o “tiempo de florecimiento”. Esta palabra se remonta a los tiempos de los romanos, quienes bautizaron así al período en el que aumentaban las temperaturas, lo que a su vez permitía el florecimiento o enverdecimiento de los valles, al final de la primavera y el comienzo del verano (Wikipedia Foundation, 2008).

El verano se entiende como el espacio en el que el (la) enfermero (a) hace una invitación a su sujeto de cuidado, justamente a cuidarse; le enseña, lo acompaña, crecen juntos en la tarea, hasta que finalmente éste es capaz de demostrar procesos autónomos de cuidado, proyectándolos a su grupo más cercano.

El proyecto que apoya este tópico, Conformación grupos de ayuda GAM, generó un documento escrito para el programa y diseñó un manual para la conformación de grupos de ayuda mutua, con el fin de proporcionar a los profesionales de salud y áreas afines, una nueva estrategia que facilite el abordaje educativo e intervención de la persona, familia y comunidad en diferentes contextos, apoyándose en el modelo constructivista Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), que estimula la interacción de experiencias entre los sujetos en el nivel consciente, efectivo y psicológico profundo, persigue la modificación profunda de actitudes, integra el trabajo de forma indisoluble y resalta lo afectivo.

El propósito del modelo es la creación de una conciencia crítica en los participantes del proceso educativo. Un aporte adicional lo hizo Orem (Prado, González, Paz y Romero, 2014, pp. 835-845), quien considera a la salud como el estado en el cual, para la persona “significa cosas diferentes en sus distintos componentes; significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano [...]”.

Después de la realización de este trabajo, durante el segundo semestre de 2012 y primer semestre del 2013, los participantes llevaron a cabo la presentación del primer manual propuesto para la conformación de un grupo de ayuda mutua como estrategia alternativa en la promoción y atención en salud. Al evaluar la pertinencia del contenido, los encuestados consideraron que el manual era comprensible, organizado de manera concisa y orientado hacia el desarrollo para la conformación al Grupo de Ayuda Mutua en cualquier contexto que se le presente al profesional de la salud o de áreas afines, en relación con el quehacer de enfermería y en estrecha

relación con los procesos educativos dirigidos a la comunidad. Por ello el estudio se centró en la actividad conjunta de los actores, a partir de la elaboración de programas educativos adscritos al servicio de extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío.

El trabajo de la electiva de educación invita a reconocer un entorno que está en constante cambio, influenciado por los procesos de la vida y de la academia, que se convierten posteriormente en una práctica social que genera un gran impacto sobre el estado de salud y algunos determinantes de ésta en la población. Se puede ver cómo los puntos tensionantes, los sujetos, el currículo, la práctica, influyen en el ciclo total de las estaciones no sólo a nivel de entorno, sino a nivel individual y colectivo humano, trascendiendo eso que nos hace seres humanos con capacidad de transformación, mirándolo desde el punto educativo.

4. Discusión

El asunto es de lo humano; del sujeto que se implica; no se va a cambiar normas; el llamado es a la persona, a la transformación de la subjetividad del formador y de los formados; no a la transformación de los planes de estudio. La tarea del profesional del área de la salud, como manifiestan (Arratia y Masalán, 2000), a través de su papel educador, es la de ser facilitador del cuidado de las personas:

...y, en su búsqueda de un cuidado humanizador, invita a asumir un papel activo, renovador y esperanzador, especialmente en un tiempo en que se detecta un desempeño educativo -en muchas ocasiones deficiente-, poco efectivo y carente de principios bioéticos que apoyen y fundamenten una atención centrada en las personas.

La educación para la salud corresponde a una actividad inherente a la enfermería, pero también a una responsabilidad de todo un equipo de profesionales. Como acción que promueve la salud, se convierte en una meta primaria y en la principal estrategia para ayudar a las personas a obtener un comportamiento conducente a su autocuidado; [...] constituye por sí misma una dimensión ética que implica tomar en cuenta la libre voluntad de las personas.

Cabe señalar que una práctica educativa poco consistente atenta contra el derecho digno de ser educado, lo que crea un ambiente desmotivador, que tiende a aumentar la permanencia de conducta de pasividad y desconfianza de recibir una educación para la salud diferente y merecedora de la condición de ser humano único. Se ofrece, de esta forma, una comunicación unidireccional, vertical y coercitiva, que dificulta la posibilidad de expresión y genera falta de confianza para establecer un diálogo activo. (p. 93).

Es preciso producir una comunicación educativa efectiva y permanente que se manifieste a través de los procesos de comunicación y genere efectos educativos. El respeto por la persona tiene un fuerte efecto a partir de este proceso, dado que constituye el enlace que abre el camino para reforzar su dignidad personal, en un ambiente de confianza, libertad y esperanza de escucha y atención hacia sus necesidades en salud. En este punto, Arratia y Masalán (2000) expresan que:

En un medio educativo personalizado deben predominar el diálogo y el intercambio, intentando “confrontar los saberes sin dominación, ni sometimiento” (Briceño-León, 1996). Se enfatiza, de esta forma, el respeto por la dignidad de las personas, en un ambiente donde sean válidas las prioridades tanto del agente de salud como las pertenecientes a las personas y la comunidad.

Por último, cabe señalar [...] que un elemento importante en la práctica educativa en salud está determinado por la dinámica de los procesos comunicacionales. Se espera que estos sean capaces de proporcionar instancias que permitan a las personas consultantes ser escuchadas y comprendidas, y que los profesionales estén abiertos a un diálogo espontáneo y comprometido, entregando respuestas oportunas y confiables y motivando a las personas que consultan a una participación activa y creativa. (p. 99).

El fenómeno comunicativo no sólo incluye contenidos intelectuales, sino también, operativos de actitud, y valorativos. En la vida personal, en la vida grupal, en la vida institucional, social y en la vida internacional, la comunicación ejerce una enorme influencia.

Adicional, el cuidado de enfermería no sólo debe considerar el componente tecnológico y las habilidades, sino también las actitudes y sentimientos a nivel ético, humano, filosófico y espiritual.

A nivel ético, es fundamental en el acto de enfermería, proteger y promover la dignidad y preservar la humanidad de la persona o grupos que reciben una atención de salud, a través de la comunicación intersubjetiva entre enfermera - paciente - usuario, familia y otros grupos comunitarios, mediante un diálogo de respeto, donde se genere un mayor aprendizaje. De acuerdo con Baglade, Carrasco y Lira, 1992, citados por Arratia y Masalán, 2000):

...sólo cuando el profesional de la salud se haya visto tocado o sensibilizado de alguna manera por la persona que consulta, podrá lograr que ella adopte los cambios por sí misma y no a causa de la imposición del profesional. Los cambios serán internalizados en la medida en que la persona se haya sentido parte fundamental y sus necesidades estén acordes con la propuesta hecha. (p. 98).

Y luego Arratia y Masalán (2000) sostienen que:

La convivencia entre el profesional y las personas que consultan en salud exige una relación que brinde la oportunidad de una comunicación abierta al diálogo, que dé la posibilidad de que las personas manifiesten su necesidad de participación, de compromiso y de compartir lo aprendido. (p. 98).

5. Conclusiones

El profesional debe favorecer una relación interpersonal con una clara intención de escuchar, de respetar el silencio y de evitar expresar agresividad a través de una comunicación que será efectiva sólo cuando el mensaje sea “estimulante y favorecedor de un intercambio sincero de pareceres”, es decir, de compenetración y empatía.

Mejorar la calidad de la educación para la salud, en un marco de humanización, será producto de un cambio de la práctica profesional. Esta meta requiere un compromiso individual e institucional y una transformación mental, actitudinal y procedimental que facilite la toma de conciencia y motive una formación sólida para incorporar los fundamentos de la ética y los principios bioéticos en toda actividad educativa en salud.

Se coincide con Boff (2002) al reafirmar la validez del cuidado y curación integral del ser humano, para lo cual nos propone volver a las grandes tradiciones terapéuticas de la humanidad, que han entendido la curación como un proceso que no sólo implica a la parte enferma, sino que incluye a la totalidad del ser humano, de forma que la curación no sería la eliminación de la enfermedad, sino la creación de un nuevo equilibrio entre la parte física, psíquica y espiritual del hombre.

Estar sano debe incluir no sólo la salud, sino también la enfermedad y la muerte, que forman parte de nuestra existencia. El cuidado, con esta idea de fondo, supone entonces cuidar no sólo nuestro cuerpo, sino también las relaciones que éste establece con el mundo que nos rodea, además de asimilar, de forma creativa, todo lo que nos ocurre en la vida, de forma que podamos crecer como personas maduras, autónomas, sabias y plenamente libres.

Referencias

- Aniorte, N. (2015). *Teoría y Método en Enfermería II*. Recuperado de http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm
- Arratia, A. y Masalán, P. (2000). Bioética en la educación para la salud. Componentes esenciales en enfermería. *Revista Persona y Bioética*, (11-12).
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Editorial Trotta.
- Estudios Náuticos Costa 2003. (2006). La Primavera. Recuperado de <http://www.estudiosnauticosta.com/articulo.php?num=78>
- Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), pp. 520-530.
- Paravic, T. (2010). Enfermería y Globalización. *Revista Ciencia y Enfermería*, 16(1), 9-15.

- Pérez, A. y García, N. (2013). *Cógitáre, un asunto de persona, entorno, salud y enfermería*. (Trabajo de Maestría). Maestría en Educación: Desarrollo humano, Universidad La Gran Colombia, Armenia, Quindío, Colombia.
- Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
- Tayupe, Á. (2009). Teoría del aprendizaje significativo de David Paul Ausubel. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos75/teoria-aprendizaje-significativo-david-ausubel/teoria-aprendizaje-significativo-david-ausubel2.shtml>
- Wikipedia Foundation. (2008). Discusión: Verano. Recuperado de: http://wiki.ju.edu.fo/es/articles/v/e/r/Discusi%C3%B3n~Verano_2ea1.html
- Zemelman, H. (1992). Sobre bloqueo histórico y utopía en Latinoamérica. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=3132&archivo=8-235-3132ugl.pdf&titulo=Sobre%20bloqueo%20hist%F3rico%20y%20utop%EDa%20en%20Latinoam%E9rica

Manejo de las heridas quirúrgicas: compromiso del cuidado humanizado

Adiela Henao Buriticá¹

Nancy García García²

Carmen Ayde Fernández Rincón³

Resumen

Esta ponencia surge de la investigación *Manejo de las heridas quirúrgicas desde el tipo, técnica e insumos utilizados en un hospital de tercer nivel de atención*, realizada por Henao, Fernández, García y Orozco en el año 2014 en la ciudad de Armenia, y financiada por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Quindío.

El trabajo describe los métodos en el cuidado de las heridas, manejados por el personal de enfermería, con el fin de conocer con detalle la técnica o técnicas, y los procesos utilizados en el procedimiento, materiales, pasos, asepsia, entre otros. Contrasta lo observado, con los avances científico-tecnológicos en este campo y determina el cuidado de enfermería brindado a los pacientes adultos hospitalizados con heridas de diferente etiología. La investigación fue de tipo descriptiva-transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra se obtuvo a través de un muestreo intencional; para este caso, pacientes con herida quirúrgica, hospitalizados en los servicios quirúrgicos, que ingresaron durante un trimestre por cirugía programada, complicaciones quirúrgicas o por cirugía de urgencia, en una Institución Prestadora de Salud –IPS– de tercer nivel de atención de Armenia, y quienes eligieron voluntariamente su participación.

La técnica para la recolección de la información fue a través de la filmación del procedimiento. Posteriormente fueron diligenciados los instrumentos diseñados para los fines de la investigación; los datos fueron ingresados a Bases de Datos construidas y procesadas en SPSS.

Palabras clave: cuidado, curación, enfermería, heridas, ser humano.

Management of surgical wounds: Commitment of humanized care

Abstract

The research *Management of surgical wounds from the type, technique and materials used in a hospital of third level of care*, carried out by Henao, Fernández, García and Orozco in 2013 in Armenia, Colombia, and funded by the Vice-Rector of Research at the University of Quindío was the motor for the current presentation.

The paper describes the methods in wound care, handled by nurses, in order to know in detail the technique or techniques, and processes used in the procedure, materials, steps, aseptic, among others. The observed contrast with scientific and technological developments in this field and determines the nursing care provided to adult patients hospitalized with wounds of different etiology. The research was descriptive-transversal, with a quantitative approach. The sample was obtained through purposive sampling; in this case, patients with surgical wound, hospitalized in surgical departments, who entered during a quarter for planned surgery, surgical complications or emergency surgery in an Institution Health Service Provider of third level of care in Armenia, and who voluntarily chose to participate.

¹ Enfermera; Especialista en Educación para la Salud; Magíster en Enfermería. Docente de Planta Universidad del Quindío. Correo electrónico: ahe-naob@uniquindio.edu.co

² Enfermera; Especialista en Investigación en Educación; Magíster en Educación y Docencia. Enfermera de Planta, Hospital Universitario San Juan de Dios Armenia. Docente ocasional Universidad del Quindío. Correo electrónico: ngarcia@uniquindio.edu.co

³ Enfermera; Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente de Planta, Universidad del Quindío. Correo electrónico: carmenayde@uniquindio.edu.co

The technique for data collection was through filming the proceedings. They were then filled out the instruments designed for research purposes. Data were entered into databases built and processed in SPSS.

Key words: care, cure, nursing, wounds, human being.

1. Introducción

En la edad media se contaba con múltiples investigadores, hecho reflejado en célebres frases del devenir en la evolución de las heridas quirúrgicas como: “Lo esperado no sucede; es lo inesperado lo que acontece” de Ernesto Sábato (1911-2011). Estas primeras experiencias registradas trazan las rutas a los investigadores que fueron pioneros en el amplio camino que debían seguir, para obtener un resultado óptimo a todos sus esfuerzos.

La historia de la cirugía está íntimamente ligada a la evolución de las personas que “cuidaban la salud” y, en ese contexto, las heridas. No siempre existía un hilo de sutura para cada herida, sino que, de acuerdo con las costumbres de su población, utilizaban diferentes técnicas, materiales y destrezas, acordes con su conocimiento empírico. Durante la segunda guerra mundial fueron empleadas cataplasmas hechas con la savia de nopal y otras plantas mezcladas con miel y yema de huevo, que daban la consistencia adhesiva necesaria para proteger el proceso natural de curación. Se consideraba que las heridas por arma de fuego estaban envenenadas por la pólvora, y para su cura eran cauterizadas con aceite de sauco caliente que se aplicaba internamente hasta escaldar, lo cual causaba dolor al paciente, fiebre y tumefacción alrededor de ellas, por lo que se optó por usar una mezcla de yema de huevo, aceite de rosas y terebinto que producía menos dolor y no generaba inflamación ni tumefacción.

Como se aprecia, existe un largo y fructífero proceso histórico en torno al cuidado de las heridas. En la época actual se sigue investigando sobre diversos métodos para el manejo de heridas, algunos más costosos que otros, pero con la misma finalidad: disminuir las complicaciones y el tiempo de cicatrización.

A nivel nacional y departamental, por varias décadas se ha utilizado diversos materiales para el manejo de las heridas quirúrgicas, como la hoja de papaya, el azúcar pulverizada y la panela, al igual que bactericidas tópicos, solución salina normal –SSN- y material como gasas y apósitos para su limpieza. En algunas ocasiones se hace uso de apósitos oclusivos húmedos a base de celulosa y otros materiales con tecnología de punta que favorecen la cicatrización, con excelentes resultados. Además, los trámites administrativos de los formatos no POS son muy dispendiosos porque no son realizados a tiempo, y tienen la desventaja de su alto costo (2). Sin embargo, su utilización ha sido específicamente en algunos pacientes porque el insumo lo debe comprar la red de apoyo, y no existe además unificación de criterios en el personal que realiza este manejo. En el Quindío, los cirujanos comenzaron a emplear el polivinilo como prótesis peritoneal en abdomen abierto al observar que la fricción continúa y la desecación tisular en pacientes con prótesis de polipropileno producían adherencias de las asas intestinales que llegaron a ocasionar fístulas enterocutáneas, las cuales incrementaron los costos al paciente, su familia y la institución, representados en curaciones, materiales y reintervenciones que a la vez ocasionan incremento de la morbimortalidad. El uso del polivinilo dio excelentes resultados como método alternativo para el manejo de abdomen abierto con lavado peritoneal (2) lo demostraron en el estudio que permitió valorar el efecto del polivinilo en el manejo de heridas abiertas usándolo como método alternativo, con el fin de favorecer el proceso de cicatrización en medio húmedo, en un hospital de atención de tercer nivel de Armenia, Quindío. Los dos tratamientos, gasa-tradicional- y medio húmedo con polivinilo, mostraron eficacia y efectividad con respecto a la curación, siendo relevante el uso del polivinilo como medio húmedo en el manejo de las heridas con pérdida de tejido. Adicional a lo anterior, se encuentra la existencia de protocolos del cuidado de la herida, asunto en el cual no se han realizado investigaciones pertinentes que avalen el nivel de cumplimiento y su consecuente la efectividad. Más del 50% de los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía presentan heridas de diversas etiologías como politraumatismos, lesiones por arma de fuego y corto punzantes, y patologías quirúrgicas.

Los aspectos anteriormente presentados sustentan la realización de esta investigación cuyo propósito fundamental fue el de responder a la pregunta ¿Cuál es el manejo de las heridas quirúrgicas por el personal de enfermería desde el tipo, técnica e insumos utilizados en un hospital de tercer nivel de atención?

2. Metodología

Enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal. La investigación se realizó en el contexto de un hospital de tercer nivel de atención, relacionada con la caracterización en el manejo de la herida quirúrgica de diferentes etiologías, en los servicios quirúrgicos, con descripción en detalle del proceso desde el tipo, técnica e insumos utilizados durante su cuidado. Inicialmente se realizó una filmación al procedimiento del cuidado de la herida, según orientación de bioética, previo consentimiento del paciente, de los acompañantes y del personal. Posteriormente, se realizó el registro de cada uno de los pasos, materiales e insumos utilizados, entre otros, en los formatos diseñados para tal fin. Se efectuó el registro teniendo como guía una matriz de observación estructurada para definir el proceso, la cual se le aplicó al personal que en el momento estaba realizando la curación. Se tomó, además de la historia clínica, los datos para registrar en uno de los instrumentos la información sobre localización y etiología de la herida quirúrgica.

La información fue registrada en un total de nueve instrumentos que permitieron identificar: tipos de heridas, localización por anatomía de superficie de la herida quirúrgica de acuerdo con su tipología y especialidad, la técnica, las características de la heridas, los insumos para cuidar la herida, la adherencia al protocolo institucional, reconocimiento de factores presentes que influyen en el proceso de cicatrización, consentimiento informado. Sumado a lo anterior, se diseñó una ruta bioética con el propósito de informar acerca de eventos adversos, recomendado por bioética para establecer por parte de la institución planes de mejoramiento. La información obtenida a través de los diferentes instrumentos posteriormente fue llevada a las bases de datos realizados en SSPS, para su sistematización, análisis e interpretación desde la teoría, generando así los resultados, conceptualización y recomendaciones; en el proceso de análisis de resultados desde el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo el proceso en esta investigación está enmarcado en tres fases de tratamiento para el análisis de las variables de los datos que consiste en: medir, describir y valorar, permitiéndonos desde la estadística descriptiva permitiendo evidenciar todo el proceso y poder lograr dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

Población: Pacientes, mayores de 15 años, hospitalizados en los servicios quirúrgicos de una Institución Prestadora de Servicios de III nivel de atención, de la ciudad de Armenia Quindío.

Muestra y tipo de muestreo. Se realiza presentación ante el comité de bioética e investigación en la IPS de III nivel del proyecto de investigación obteniendo concepto de viabilidad y aprobación para su ejecución, posterior a ello se socializo en los servicios al recurso humano del proceso de investigación, se procedió a tomar un muestreo intencional de 51 pacientes que ingresaron con herida quirúrgica a los servicios de Quirúrgicas de una IPS de salud de la ciudad de Armenia, Quindío teniendo en cuenta la participación voluntaria y el consentimiento informado tanto del usuario, cuidador, responsable del paciente, enfermera, auxiliar de enfermería, escuelas y universidades en convenios docencia servicio con la IPS.

Técnica de recolección de los datos: para la obtención de la información se realizaron las filmaciones (enfermeros diferentes a las investigadoras), los consentimientos informados respectivos se diligenciaron el día anterior a las filmaciones, teniendo en cuenta al paciente y su red de apoyo para su autorización. Se utilizaron 7 (Siete) instrumentos tales como: Consentimiento informado tipos de heridas, localización por anatomía de superficie de la herida quirúrgica de acuerdo a su tipología y especialidad, según la técnica, características de las heridas, insumos para evaluar la herida, protocolo institucional de las heridas, factores que influyen en el proceso de cicatrización.

Variables del estudio: Se desarrolló mediante un proceso descriptivo el cual tuvo variables que se operacionalizaron para lograr la objetividad máxima del estudio, algunas de ellas son: técnica, frecuencia, ritual, material, herida, curación de la herida, clasificación de la herida quirúrgica, quien realizó la curación de la herida, entre otras.

Prueba piloto: una vez operacionalizadas las variables previa a la recolección definitiva de la información, se realizó una prueba piloto con 5 (cinco) pacientes que permitió poner a prueba, la confiabilidad y validez de los instrumentos, mediante el método de formas alternativas paralelas³, logrando realizar un filtro objetivo para las variables que se consideraron útiles para el estudio de tal manera que su depuración y diseño

proporcionó una confiabilidad y validez del 100% con el fin de detectar las dificultades operativas y poder realizar los ajustes pertinentes, en donde se modificaron algunos aspectos que optimizaron la aplicación de los instrumentos.

Trabajo de campo - recolección de información: La recolección de los datos corresponde directamente con el logro de los objetivos planteados en el proyecto de investigación y a las particularidades de la realidad del contexto de los participantes. Se realizaron filmaciones de los procedimientos de la curación de los pacientes con heridas, aplicación de los instrumentos y descripción de las heridas y las observaciones estructuradas.

3. Resultados y Discusión

Las heridas desde las dimensiones descriptivas según operacionalización de variables “instrumentos” (tipo descriptivo: localización, especialidad, complejidad y causas).

A continuación se presentan los resultados en cuanto a las características del paciente como son edad, sexo, la ubicación del servicio, vinculación al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS); se realiza una descripción de las heridas en cuanto a su tipología, localización anatómica y la especialidad, con el fin de determinar las condiciones externas e internas presentes en los procesos de cicatrización que influyeron en la recuperación de los pacientes incluidos en esta investigación.

La muestra total fue de 51 pacientes, con edades que oscilaban entre los 15 y 84 años, con un media de 45.4 años; de los cuales, el 64.7% correspondió a hombres y 35.3%, a mujeres, ubicados en los servicios de quirúrgica hombres y quirúrgica mujeres respectivamente. Su vinculación al sistema general de seguridad social fue de 29.4%, vinculados; 47%, subsidiados, 13.7%, SOAT y contributivos 9.8%.

En lo referente al tipo de la herida, se encontró que el 68.6% era aguda y el 31.4%, crónica. Con relación a la clase de heridas, un 29.4% era abierta; 49%, cerradas y 17.7%, complicadas; un 3.9%, con injerto y fístula entero cutánea.

En cuanto a la clasificación de los tipos de heridas, se encontró que el 2.0% eran punzantes; 3.9%, cortantes; 5.9%, punzocortantes; 17.6%, contusa; 5.9%, heridas por presión; 2.0%, arma de fuego; distribuidas de la siguiente manera, según su ubicación: 2.0% de heridas de cara y cuello, 49%, heridas abdominales; 3.9%, heridas en MMII (vasculares); 3.9%, heridas en miembros superiores e inferiores (fracturas); 2.0%, latero posterior (lumbar) y 2.0%, inmunológicas (Soaps). (Ver Figura 1).

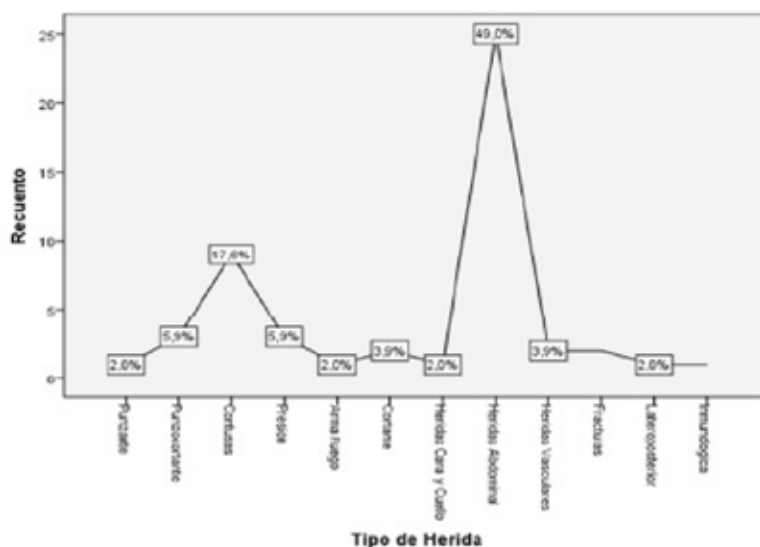


Figura 1. Clasificación Tipo De Herida.

Según la clasificación de las heridas, del total de las incluidas en el estudio, el 68.6%, pertenecieron a una intervención quirúrgica de las cuales 17.6% fueron limpias; 13.7%, limpia contaminada; 21.6%, contaminada; 5.9%, sucia; 9.8%, sin dato diligenciado en la hoja quirúrgica. Y el 31.4% no corresponden a este tipo de herida (Quirúrgica). (Ver Figura 2).



Figura 2. Tipo de herida según intervención quirúrgica.

La distribución de las heridas, según el diagnóstico del paciente por especialidades quirúrgicas, fue así; del 54.9% de cirugía correspondieron a 13.7%, apendicitis – peritonitis; 3.9% a fístulas, 11.8% a laparotomía, 5.9% a colecistectomía, 9.8% a toracostomía, 3.9% a lavado quirúrgico, 3.9% herniorrafia, 2.0% tiroidectomía. Del 21.6% ortopedia se distribuyeron así: 11.8% de fracturas – traumas, 7.8% de osteosíntesis; 2.0% de osteomielitis. Del 11.8%, de medicina interna, se distribuyeron así: 9.8% de úlceras, 2.0% de drenaje de absceso cutáneo. De urología, que correspondió un total del 4.0%: 2.0% de pieloplastia, 2.0% de prostatectomía. Del 4.0 %, de neurocirugía: 2.0% correspondió a absceso vertebral, 2.0% a contusión, y por cirugía plástica, 3.7%: 2.0% por simetrización facial y 1.7%, por injerto. En lo referente a la localización según región anatómica, se encontró: 6%, ubicadas en cabeza y cuello; 63,2%, en la región toraco-abdominal; 27,6%, en miembros inferiores y un 4,0%, en miembros superiores.

Procedimientos desarrollados en el manejo de las heridas: Evidencias.

A través de los resultados de esta investigación, se pudieron apreciar las diferentes formas de realizar el procedimiento del cuidado de los pacientes con diferentes heridas, en cuanto a la técnica, los materiales e insumos utilizados durante el proceso de curación. En el contexto del cuidado de la herida, es relevante que al establecer una relación entre la enfermera y el paciente, esté mediada por la comunicación, la cual debe iniciar con la explicación del procedimiento al usuario y, de ser posible, a su acompañante, quien se convertirá en su cuidador en casa.

En esta investigación, se encontró que en el 33.3% de los pacientes valorados se evidenció este proceso, no presentándose en el 66.7% restante. Otro aspecto fundamental en el cuidado del paciente con herida y que contribuye de igual forma a establecer una relación adecuada con el personal de salud, es la privacidad del paciente, uso de los biombos, cubrir con sábanas, entre otros. Al valorar si se tiene en cuenta este aspecto, se encontró que en el 17.6% sí realizan acciones para propender por la intimidad y el 82.4%, no. Orem (14), concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; como tal es afectado por el entorno y es capaz de desarrollar acciones que le afecten a él mismo, o a otros o a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su proceso de autocuidado. En este mismo sentido, en el cuidado de las heridas existen procesos básicos como el procedimiento del lavado de manos antes y después del contacto con las heridas. Según protocolo institucional, se evidenció el cumplimiento en un 19.6% y el no cumplimiento en el 80.4%, lo cual se convierte en un riesgo potencial de infecciones cruzadas.

Adicional a lo anterior y con relación al proceso de cuidado de pacientes que presentan heridas, es fundamental contar con materiales e insumos adecuados en cantidad, calidad y organización. En esta investigación se evidenció que en el 80.4% se cuenta con ello; mientras que un 19.6%, no. Con relación a la utilización de elementos de bioseguridad por parte del personal que realiza el procedimiento se encontró que 2.0% utilizan tapabocas; 3.9%, guantes; 80.4%, tapabocas y guantes; 2.0%, tapabocas y guantes estériles; 2.0%, tapabocas, guantes, blusa y gafas; 7.8%, tapabocas, blusa, guantes y 2.0% tapabocas, gorro y guantes. Esto se puede relacionar con que la IPS no cuente con suficientes implementos de protección o que no se halla establecido un proceso de sensibilización frente al autocuidado, lo que posibilita un aumento en el riesgo biológico.

De acuerdo con la norma de procedimientos básicos y de asepsia, es posible realizar el cuidado de la herida con la técnica de una sola mano, dependiendo de la complejidad de la curación. Para este estudio se evidenció que esta práctica fue de un 51%; se realizó con la técnica de dos manos y la participación de una persona “circulante”, en un 37.3%. Independiente de la técnica utilizada, es necesario cumplir con los requerimientos de una adecuada asepsia, considerando la posibilidad de que el cuidador determine la experticia y conocimientos frente la necesidad de no promover las infecciones.

Las heridas no complicadas solamente requieren en su cuidado que se apliquen técnicas que no se conviertan en factores que retrasen la cicatrización, esto incluye también el cuidado de la piel circundante. Para esta investigación, se encontró que el aflojar los esparadrapos o vendajes de sujeción, como parte del cuidado de la piel, un 76.5% del personal sí lo hace y un 11.8%, no. Además se encontró que el retiro de material de la herida se realiza con guantes y medidas de protección en un 76.5% y el 13.7% no los utiliza. Adicional a lo anterior, la irrigación de apósitos antes de ser retirados de la herida, proceso que a la vez que promueve la cicatrización y disminuye el dolor en el paciente. Se realizó en un 25.5% y no se tuvo en cuenta esta actividad en un 45.1%, mientras que el 29.4% no lo requiere por las particularidades de la herida. En algunos casos, el paciente lo realiza en la ducha.

Otro factor que determina un proceso adecuado de cicatrización, se relaciona con los materiales utilizados en el primer barrido sobre la herida, el cual debe ser realizado con materiales isotónicos, En este sentido, se encontró que para este procedimiento se utilizó agua común en un 2.0%; solución salina normal, 68.6%, y alcohol, 29.4%. Durante el procedimiento de la curación se realizó irrigación de la herida en un 13.7% con SSN, el 45.1% no lo realiza y el 41.2 no requería irrigación. De los que la irrigaron, el 5.9% utiliza la riñonera para recibir el drenaje de la herida y el 94.1%, no. La técnica utilizada para la limpieza de la herida fue con fricción de los pulpejos, dedos enguantados, en un 2.0%; con gasas, 90.2%; con apósitos, 5.9%, y un 2.0% no friccionó la herida. Desde la forma en la que se realiza el barrido circular de la herida, se encontró que un 27.5% lo realiza hacia adentro; 5.9%, hacia afuera; 64.7%, adentro y afuera y 2.0%, arriba y abajo. En relación con el secado con gasa del área circundante de la herida se encontró que el 47.1 lo hace y un 52.9%, no. La utilización de la técnica aséptica en general durante el desarrollo de todo el proceso de curación de la herida es aplicada por un 64.7%, mientras que el 35.3% no hace uso de ella. El material primario utilizado para cubrir la herida fue 11.8% con apósito especial; 29.4%, gasa; 3.9%, gasa rollo; 25.5%, apósito y 29.4%, no utilizó. Con relación al uso de protección secundaria sobre la primaria, el 3.9% utilizó apósito; el 9.8%, apósito especial; 15.7%, gasa en rollo; 3.9%, algodón laminado; 2%, vendaje elástico y el 64.7%, ninguno. Con respecto a la sujeción del material secundario, un 47.1% lo efectúa con esparadrappo de tela; 3.9%, con micropore; 2%, con vendaje gasa; 5.9%, con vendaje elástico; 7.8%, con sábana; 2% con Fixomull® y el 23.5% no utilizó. En cuanto a quién realiza el procedimiento de la curación de la herida, se encontró que el 82.4% lo realiza la auxiliar de enfermería; 9.8%, la enfermera, 3.9%, estudiante de enfermería profesional y el 3.9%, estudiante de la escuela de auxiliares de enfermería.

Al indagar acerca del confort del paciente después del procedimiento, se halló que el 76.5% del personal lo verifica; con relación a la comunicación con el paciente un 23.5% del personal notificó al paciente sobre el estado de su herida. El registro del procedimiento en la Historia Clínica (HC), fundamental para el seguimiento efectivo del proceso; se identificó que un 25.5% del personal elaboró la nota de enfermería describiendo la herida en su evolución, tolerancia del paciente al procedimiento y su satisfacción, un 35.3% la elaboró parcialmente y un 39.2% no la realizó.

Jean Watson (2005, citado por Urra, Jana, & García) afirma que los cuidados en nuestra cultura y tiempos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente esto hace referencia en este caso al registro de los procedimientos como elemento fundamental que garantiza la continuidad del cuidado.

Para el cuidado de las heridas se requiere permitir periodos de descanso que mitiguen los estresores durante los procedimientos, en esta investigación se evidenció que el 21.6% si daban estos espacios; en este sentido lo que concierne al empleo de la técnica de imaginación guiada para mejorar el dolor como respiración profunda, exhalación lenta, pensamientos positivos y rememorativos se percibió que un 2.0% lo proporcionó. Con relación a la aplicación de la escala análoga para el dolor Eva; un 7.8% lo empleó. En lo referente a permitirle al paciente acompañante durante el procedimiento, un 9.8% lo permitió. En los incentivos que propenden por el apoyo emocional como parte del cuidado se encontró que un 11.8% motivó al paciente. Al indagar acerca de los procesos educativos un hallazgo fue que el 23.5% ofreció educación al paciente y/o cuidador sobre el manejo de la herida. De otra parte, con relación a la disposición final del material de desecho utilizado durante la curación, se observó el uso de una bolsa roja pequeña, hasta que se llena; no se usa para cada curación; al observar el desecho adecuado seguido al procedimiento de curación, se encontró que el 76,5% sí lo realiza, mientras que el 23.5%, no. Al valorar si el equipo utilizado se deja en orden al finalizar el procedimiento el 47.1% del personal lo hace.

A continuación se presenta la valoración realizada a las heridas durante el procedimiento de curación desde su clasificación, complejidad, características del lecho, piel circundante, secreción, y signos de infección.

Dentro de las características de las heridas post quirúrgica se encontró que el 45.1% era cerrada; el 17.6%, abierta; el 3.9%, suturada; el 17.6%, cerrada suturada; 2%, fístula; el 2% con absceso, el 2% con tutor externo, el 3.9% orificio cutáneo y el 5.9% no aplica. (Ver Figura 3).

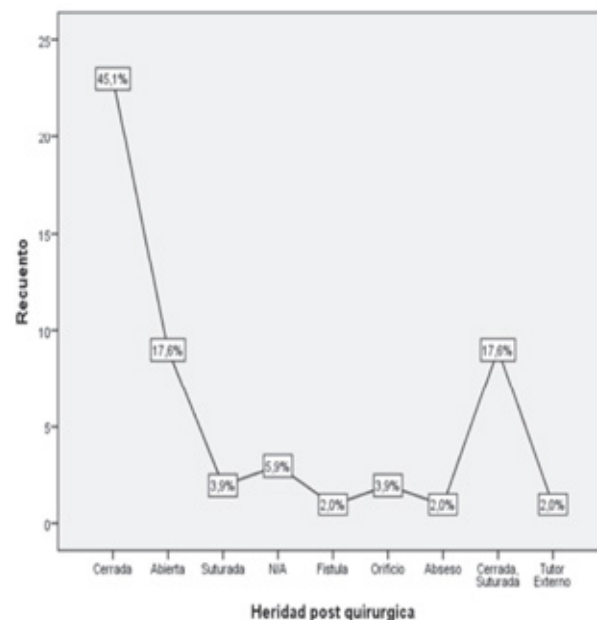


Figura 3. Características de las heridas post quirúrgica.

Al valorar el grado de complejidad de la herida se encontró que el 52.9% no lo es, el 2% corresponde a contenida, el 3.9% con bolsa de Viasflex[®]; el 2%, evisceración con Viasflex[®]; el 2%, sutura; el 3.9%, contenida con Viasflex[®]; el 5.9%, Dren de Penrose; el 2%, Hemovac; el 25.5% no aplica.

Un elemento fundamental en la evolución de la herida está determinado por las características del lecho de ésta. Se encontró que el 17.6% es pequeño; el 47.1%, mediano; el 13.7%, extensa; el 2%, necrótico; 2%, friable; 2%, granulado; 2%, desvitalizado y el 13.7% no aplica. (Ver Figura 4).

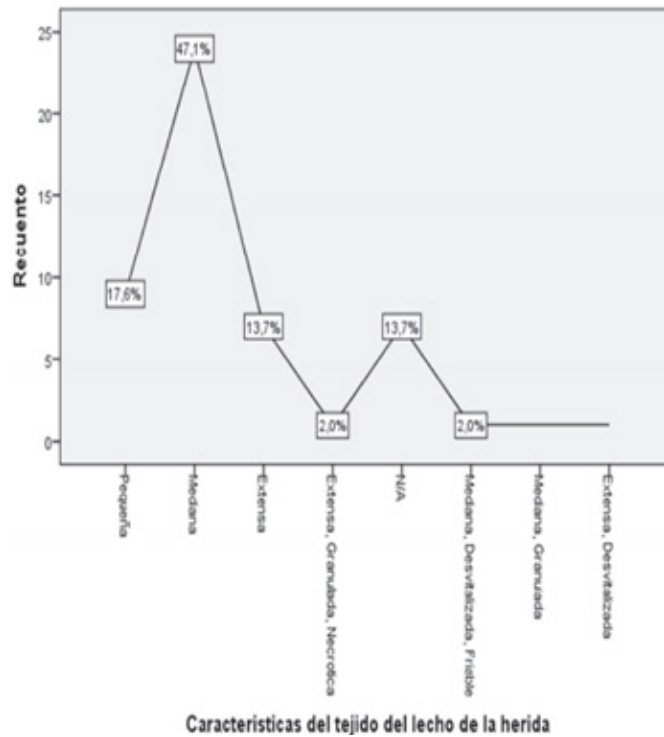


Figura 4. Características Del Lecho De La Herida.

Según los estados bacterianos del lecho de la herida se encontró que el 11.8% estaba contaminado; el 3.9%, colonizado; el 52.9% ninguno y el 31.4% no aplica.

En la valoración de la piel circundante se determinó que en un 54.9% estaba hidratada; el 19.6%, seca; el 2%, violeta; el 2%, seca violeta; el 3.9% presentaba dermatitis, el 2% era pustulosa y el 15.7% no aplica. Con referencia a las características de la secreción, se encontró que el 11.8% era serosa; el 19.6%, sanguinolenta; el 19.6%, no presentaban; el 2%, purulenta; el 2%, sanguinolenta purulenta y el 45.1% no aplica (ver Figura 5). Con relación a los bordes de la herida, el 64.7% era regular y el 35.3%, irregular. El olor característico de las heridas fue en un 17.6% inoloro; el 9.8%, fétido; el 54.9%, ninguno y el 17.6% no aplica.

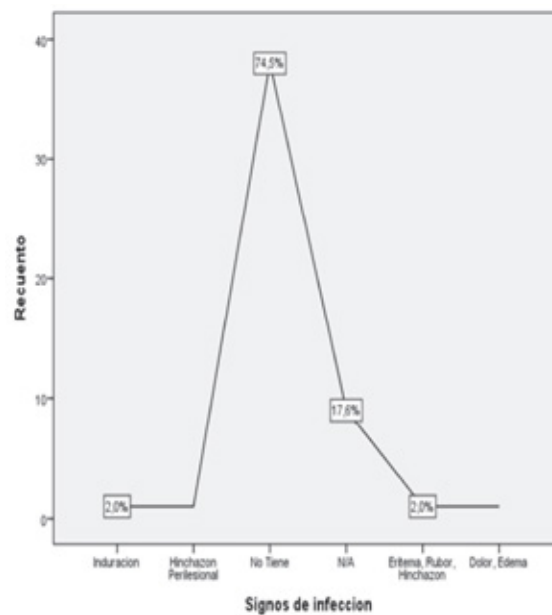


Figura 5. Presencia de signos de infección.

De acuerdo con el exudado, el 17.6% presentaba poco; el 7.8%, insuficiente; el 2%, exudado abundante; el 45.1%, ninguno y el 27.5% no aplica. En relación a la consistencia del exudado el 9.8% era líquido; el 3.9%, denso; el 3.9%, transparente; el 45.1%, ninguno y el 37.3% no aplica. En cuanto el color el 13.7% era amarillo; el 2%, chocolatoso; el 60.8%, ninguno y el 23.5% no aplica.

Con relación a la presencia de signos de infección el 2% presentaba induración; el 2%, hinchazón perilesional; el 2%, eritema – rubor- hinchazón; el 2%, dolor – edema; el 74.5% no presentó y el 17.6% no aplica. Según registro en la historia clínica se encontró que al 23.5% de los pacientes se les tomó gram y cultivo, y un 76.5% no; y a los pacientes que se les realizó lavado quirúrgico, al 15.7% se les realizó gram y cultivo.

Los factores de riesgo que originan infección del sitio quirúrgico pueden prolongar la estancia hospitalaria pre y posquirúrgica, la prescripción no fundamentada de antimicrobianos, la deficiente limpieza antiséptica de la piel del paciente antes de la cirugía, y otros descuidos insalubres. Los factores intrínsecos de los pacientes son: la complejidad de sus enfermedades, el estado nutricional, el tabaquismo, la obesidad, y la vejez. (15, 32)

En esta investigación, se encontró que los factores que más afectaron a los pacientes fueron: 9.5%, hipertensión y estancia hospitalaria prolongadas; 8.3%, diabetes; 7.1%, consumo de SPA; 4.8%, desnutrición, procesos vasculares o anemia y un 3.6%, enfermedades mentales. También se encontró 2.9% de neoplasias y el 2.4%, enfermedades nosocomiales, intervenciones quirúrgicas prolongadas, insuficiencia renal crónica, abandono social y tabaquismo. Por último, se evidenció el 1.2% deshidratación, enfermedades cardiovasculares, EPOC, osteomielitis, estado postnutricional, convulsiones, dislipidemias, osteosíntesis anteriores y esplenomegalia y un 21.4% no tiene antecedentes. (Ver Figura 6).

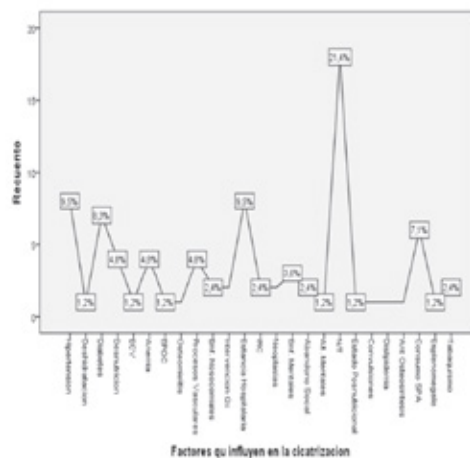


Figura 6. Factores Influyen en el Proceso de Cicatrización (pacientes de la investigación).

Por todo lo anterior, las enfermedades concomitantes en muchos procesos patológicos tienen un efecto negativo en la cicatrización de heridas.

Materiales e Insumos en el cuidado de la herida de los pacientes

Un aspecto importante en el proceso del cuidado de las heridas se relaciona con los materiales e insumos que se utilizan sobre estas y la piel circundante, estos aspectos valorados en la investigación, son presentados a continuación.

En esta investigación, en cuanto a los materiales e insumos utilizados para el cuidado de las heridas, clasificados en barrido de la herida, limpieza y secado, antibióticos tópicos, antisépticos, estimuladores de tejido, protección, fijación y otros materiales de apoyo, se encontró:

Para barrido de la herida: solución salina normal, agua estéril, aguas duras (ducha). Limpieza y secado: Gasa, apósito, apósito especial, gasa en rollo, guantes estériles, guantes limpios. Antibiótico tópico: Furacín.

Antisépticos: alcohol al 70%, clorhexidina al 2%. Estimuladores de tejido: colágenas, *Triticum vulgare* al 2%. Protección: apósito, apósito especial, gasa, algodón laminado y vendaje elástico. Fijación: esparadrapo de tela, micropore, Fixomull. Otros: polivinilo (Viaflex), baja lenguas, aplicadores, sonda nelatón, jeringas, bisturí, xilocaina spray, vaselina, bolsas de residuos, riñonera. (Ver Figura 7).

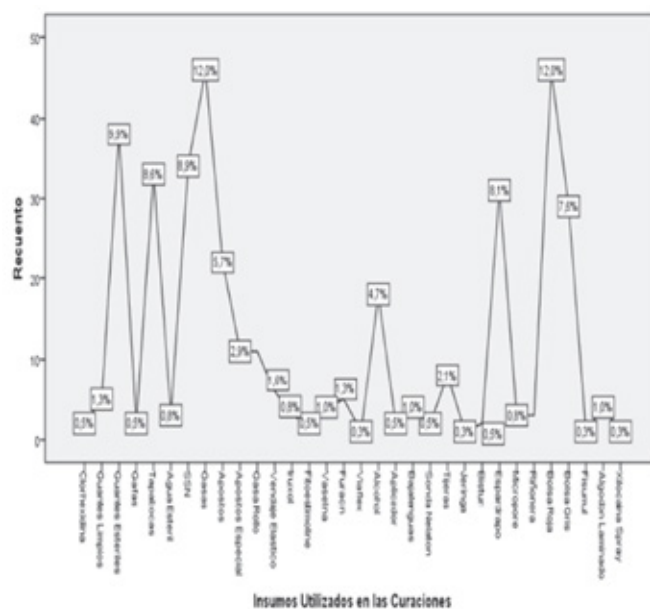


Figura 7. Materiales e insumos utilizados para la curación de las heridas.

Estos materiales e insumos son utilizados de forma indiscriminada para los diferentes tipos de heridas.

Con relación a la utilización de antisépticos en heridas crónicas afirman que históricamente han sido considerados como un elemento fundamental en su manejo, y estos se utilizaban indiscriminadamente durante las curaciones, desbridamiento o previo a cualquier tipo de tratamiento; en la actualidad se conoce que el uso frecuente de los antisépticos sobre las heridas tiene efectos deletéreos (29), sobre todo en heridas crónicas. Uno de los antisépticos más conocidos y empleado es el alcohol, “no debe ser empleados en heridas agudas o crónicas” ya que produce una fuerte irritación y dolor, precipita las proteínas y forma coágulos que favorece el crecimiento bacteriano. (29)

Adicional a lo anterior, se reconoce en la actualidad que los antisépticos pueden producir la muerte o inhibición celular de las bacterias, a través de oxidación, hidrólisis o inactivación de enzimas, con pérdida de los constituyentes celulares (33). Es evidente que el establecimiento de protocolos tiene como meta trabajar sobre la estandarización de procesos, los cuales deben ser de cumplimiento obligatorio para la seguridad de sus pacientes y reducir las infecciones nosocomiales.

Una forma de controlar la infección a nivel institucional es el establecimiento de protocolos que propendan por el cuidado de la herida de tal forma que a la vez que estimulan los procesos de cicatrización natural controlen la complicación de estas, infección. En el protocolo institucional del contexto de esta investigación se contempla que cuando un paciente presenta una herida quirúrgica cerrada, ésta debe permanecer cubierta las primeras 24 horas; después de este tiempo, se realiza limpieza durante el baño con agua y jabón y se deja descubierta. Si la herida está cubierta con cinta, micropore, ésta no se retira hasta que se encuentre visiblemente sucia o se desprenda espontáneamente. Al valorar esta situación se encontró que en el 29.4% el personal cumplió, el 31.4% no, y el 39.2% no presentaban heridas de esta tipología.

El protocolo, en cuanto a la presencia de una herida quirúrgica abierta, plantea que al día siguiente de ser intervenida se irrigue con abundante solución salina y se deje cubierta, no empacada. El procedimiento se debe realizar en la cama del paciente, no trasladar al baño, proteger la cama y los tendidos del drenaje del líquido utilizado en la irrigación, y dejar seco el paciente. Si se dejó Viaflex fijado con sutura, se limpian los

bordes y se protege la piel circundante, protectora cutánea, y se deja cubierta con un apósito especial estéril, no se debe irrigar excepto que tenga sellamiento del tejido de granulación, protegiendo la piel circundante, dejar cubierta con un apósito especial estéril. En este sentido, se pudo apreciar que el protocolo fue cumplido en un 5.9% por el personal y en un 33.3% no, para el 60.8% no corresponde al tipo de herida.

Con relación al manejo del paciente con una herida cerrada en reemplazo de cadera, el protocolo estipula que esta se debe destapar a las 24 horas, limpiar con alcohol 70% o clorhexidina 2.0%, Isopañin, y volver a cubrir. Este procedimiento no se ejecutó correctamente en el único paciente de la investigación que presentaba este tipo de herida. (Ver Figura 8).

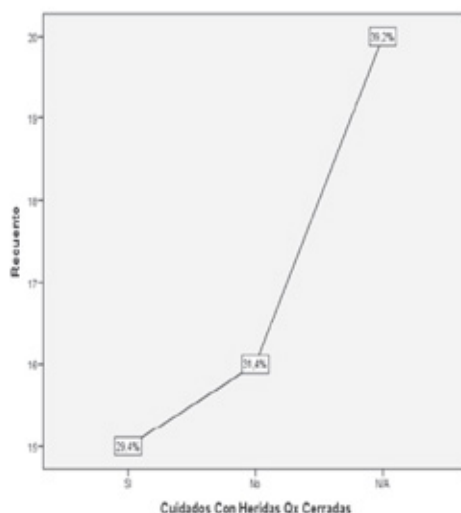


Figura 8. Porcentaje de cumplimiento protocolo institucional- herida quirúrgica cerrada.

Para la situación en la que el paciente presenta heridas profundas, en el 3.9% de las situaciones de la investigación se cumplió con el protocolo el cual dice que se lavan con sonda nelatón y solución salina para irrigar su interior, en el 25.5% de los casos no se cumplió el protocolo y en el 70.6% no aplicó debido a las características de la herida. En el caso que el paciente presente varias heridas, según protocolo, se inicia la curación por la herida más limpia, y la curación de la herida infectada es la última que debe realizarse, para esta investigación este componente fue tenido en cuenta en un 19.6%, en un 31.4% no y el 49% no aplica por las características propias del paciente. Con relación a la fijación del material sobre la herida el protocolo institucional plantea que se puede usar vaselina en el apósito, para evitar que éste se adhiera de forma inadecuada y dolorosa; además, que ofrece humedad al tejido necesario para el proceso de cicatrización. En la investigación se pudo observar que este procedimiento se realizó en un el 7.8%, 84.3% no lo efectuó y en el 7.8% no aplica. El protocolo registra que las heridas no deben ser secadas en su interior; lo cual pudo ser observado en un el 92.2%. Cuando los pacientes presenten inserción de tutores, los sitios de inserción deben ser limpiados y desinfectados diariamente con alcohol, eso se pudo apreciar en el 3.9%, y en el 13.7% no. Para un 82.4% no aplica por las características de la herida. En cuanto a la toma de cultivos en el caso de que un paciente lo requiera, el protocolo estipula que debe lavarse muy bien la herida con solución salina y luego utilizar aplicador estéril para tomar la muestra de la parte más profunda de la herida utilizando técnica aséptica estricta, guantes estériles, tapabocas, lavado de manos o fricción de manos con alcohol glicerinado. El aplicador debe venir en doble envoltura, se debe manipular la envoltura interna con guantes y al tomar la muestra inmediatamente introducirlo al tubo de laboratorio y enviarlo. En relación con el procedimiento mencionado, al revisar la historia clínica se encontró que fueron tomados en un 23.5% de los pacientes, no se registra el cómo fueron realizados los procedimientos.

El momento de realizar el cuidado del paciente con heridas: rituales

En lo que se refiere a la manifestación de un ritual antes de iniciar el procedimiento por parte de las personal, en esta investigación se encontró que el 5.9% lo realiza y el 94.1% no. Cada trabajador del personal de

salud, dentro de sus creencias, puede o no invocar un ser supremo que lo ilumine sin tener que verbalizar su mismidad que incida en mostrar un ritual evidente que nos diga su creencia, por naturaleza siempre se piensa que nos va ir muy bien en nuestro actuar. Jean Watson (2005) pide unir la ciencia con las humanidades para que las personas que brindan cuidado tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado, integrando la mente – el cuerpo – y el espíritu. El desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual, y la práctica espiritual personal ayudan a los cuidadores a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional que permite descubrir una condición transpersonal del mundo y una actualización más extensa de las “competencias ontológicas necesarias” en este nivel de práctica avanzada de la enfermería. Las intervenciones de los agentes de salud permiten establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad. En este orden de ideas, el contacto físico como abrazar, apretar la mano, coger al otro amorosamente, se convierten en manifestaciones de afecto, intencionalidad y ternura, traducidos muchas veces en rituales de la práctica de cuidado.

El contacto físico es una forma de comunicación amorosa. La persona recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza que le hacen posible afrontar la crisis del momento. Los silencios, gestos y otras formas de lenguaje no verbal, transmiten más que las palabras; la acción concreta del hacer. Los profesionales de la salud se preocupan por la persona como un ser totalitario, holístico y no únicamente la persona como un conjunto de partes o procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particularidades; un ser digno y libre.

4. Conclusiones

Las heridas en los pacientes del estudio se caracterizaron por que en su mayoría fueron producidas por trauma, en la especialidad de cirugía general, toraco-abdominal, y ortopedia, la distribución fue equitativa entre abierta y cerrada, la mayoría agudas y se presentan indiscriminadamente en todas las edades y sexos. Las técnicas y procesos desarrollados para el cuidado de las heridas son realizados dependiendo de las personas que ejecutan el procedimiento; no obstante la existencia de protocolos institucionales. No existe un proceso estructurado de valoración integral de la herida que permita realizar una selección racional de los materiales e insumos requeridos según características particulares de la misma. Existe poca gestión ante la institución para contar con materiales e insumos acorde con los avances científicos. Adicional a esto, se registra un proceso deficiente en el seguimiento de la evolución de la herida y notas de enfermería, lo cual contribuiría a reorientar su cuidado según necesidad. Se presenta poco la práctica de rituales que establezcan el proceso de cuidado de las heridas en un contexto de lo humano, lo cual redundaría en el establecimiento de lazos en los que se reconozcan los sentimientos y sensaciones del otro; esto es humanizar el cuidado de los pacientes con heridas.

5. Recomendaciones

Humanizar y sensibilizar el cuidado del paciente con heridas por parte del personal de ENFERMERÍA y del grupo multidisciplinario, además involucrar al paciente y red de apoyo en su autocuidado.

Propender por la recuperación o el establecimiento del liderazgo por parte del profesional de ENFERMERÍA en sus delegaciones de actividades y monitorización del cumplimiento de ello. Optimizar la dotación de implementos de tecnología avanzada para disminuir largas estancias hospitalarias; insertando a la vida laboral al paciente lo más pronto posible y reestableciendo los lazos familiares. Desarrollar procesos de seguimiento y control que permitan monitorizar la adherencia a los protocolos institucionales y la práctica profesional de ENFERMERÍA de forma idónea. Propender por el establecimiento de contextos de cuidado de las personas de forma más humanizada y acorde con las características particulares de las necesidades de los usuarios.

Referencias

1. Henao A, Fernández C, García N & Orozco P. Manejo De Las Heridas Quirúrgicas, Desde El Tipo, Técnica E Insumos Utilizados En Un Hospital De Tercer Nivel De Atención". Armenia, Quindío, 2014. Rev. Invest. Univ. Quindío. (Col.), 2014. 26(1): 78-97.
2. Falla J, Henao A. Efecto del Polivinilo en el Tratamiento de Heridas Abiertas Estudio Experimental en Adultos. 19%. Revista Colombiana de Cirugía. Vol.11 N°1.
3. Hernandez S. R, Fernandez C. R, Baptista L, P. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill, 1994. 505p.
4. Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier. (2007)
5. Álvarez, O. M., Fernández-Obregón, A., Rogers, R. S., B. L., Masso, J., & Black, M. A prospective, randomized, comparative study of collagenase and papain-urea for pressure ulcer debridement. *Wounds*, 2002, 14(8), 293-301.
6. Amico-Rosas M. *Pharmacological Report on the Preparation Fitostimoline Gauze*. Nápoles: Instituto de Farmacología Università Degli Study di Catania. 1980.
7. Ángeles-Garay U, Velázquez-Chávez Y, Molinar-Ramos F, Anaya-Flores V. E, & Uribe- Márquez, S. E. Estimación de la estancia adicional en pacientes con infección hospitalaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 2009. 47(4), 387-392.
8. Arnold T, Stanley J, Fellowes E, Moncada G. R, Hutchinson J, Kerstein M. D. Estudio prospectivo, multicentrico de gestionar las úlceras venosas de las extremidades inferiores. *Ann Vasc Surg*, 1994, 8(4), 356-362.
9. Asmussen P, & Sollner B. *El cuidado de las heridas. Principios para la curación de las heridas*. Beiersdorf medical Bibliothek, 1995.
10. Birke J. A, & Sims D. S. Plantar sensory threshold in the ulcerative foot. *Leprosy Review* 1986, (57), 261-267.
11. Boxer A. M, Gottesman N, Bernstein H, & Mandl, I. Debridement of dermal ulcers and decubiti with collagenase. *Geriatrics*. 1969, 24(7), 75-86.
12. Brown G. L, Curtsinger L, Brightwell J. R, Ackerman D. M, Tobin G. R, Polk, H. C., Schultz, G. S. Enhancement of epidermal regeneration by biosynthetic epidermal growth factor. *Journal of Experimental Medicine*, 1997, 163(5), 1319-1324.
13. Colvin C. L. Pressure sores – topical treatment (Drug cónsul). In C. R. Gelmal, *Drugdex Information System* Englewood: Micromedex Inc. 2000 Vol. 105.
14. Cutcliffe J. R., McKenna H. P, Hyrkas K, & Barker P. J. *Modelos de enfermería: Aplicación a la práctica*. El Manual Moderno, México, 2001.
15. Daneman N, Thiruchelvam D, & Redelmeier D. A. Statin use and the risk of surgical site infections in elderly patients undergoing elective surgery. *Arch Surg*. 2009, 144(10), 938- 945.
16. Edwards R, & Harding K. G. Bacteria and wound healing. *Current Opinion in Infectious Diseases*: 2004, 17(2), 91-96.
17. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds*, 2002, 14(2), 47-52.
18. Farm B. Úlceras por Presión. *Monograf Prof of Col* 1996, (11), 1-16.
19. Flanagan M. Reviewing the case for debridement. . *Journal of Wound Care*, 1999, 8(6), 267.
20. Flores I. Manejo avanzado de herida. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 2006, 14(1), 24-28.
21. Graham I. D., Harrison, M. B., Shafey, M., & Keast, D. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. Survey of family physicians. *Can Fam Physician* 2003, (49), 896-902.
22. Hansson C. Interactive wound dressings. A practical guide to their use in older patients. *Drugs Aging*, 1997, 11(4), 271-284.
23. Harbarth S, Samore M. H, Lichtenberg D, & Carmeli, Y. Prolonged Antibiotic Prophylaxis After Cardiovascular Surgery and Its Effect on Surgical Site Infections and Antimicrobial Resistance, American Heart Association, Circulation. 2000; 101: 2916-2921.

24. Hebda P. A., & Lo, C. The effects of active ingredients of standard debriding agents-papain and collagenase-on digestion of native and denatured collagenous substrates, fibrin and elastin. *Wounds*, 2001, 13(5), 190-194.
25. Herwaldt L. A, Cullen J. J, Scholz D, French P, Zimmerman, M. B., Pfaller, M. A., Perl, T. M. A prospective study of outcomes, healthcare resource utilization, and costs associated with postoperative nosocomial infections. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 2006, 27(12), 1291-1298.
26. Keen D, & James J. A tool to aid nurses' decision making in relation to dressing selection. *Br J Nurs*, 2004, 13(15), S6-14.
27. Luque M. *Los cimientos y evolución del tratamiento de las heridas quirúrgicas de la antigüedad*. Retrieved from Sociedad Científica Española de Enfermería: Nº Colegiado: 15710-Sevilla http://www.scele.org/web_scele/archivos/los_cimientos_de_las_heridas_en_la_antigüedad.pdf.
28. Martínez C, Betín K, Caldera K, Guerra J, Hernández M & Villalba, M. Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos. *Investigaciones Andina*, 2008, 14(24), 372-384.
29. Mengarelli R. H, Bilevich E, Belatti A, Cevallos M. V, & Gorosito, S. Antisépticos y heridas crónicas. *Act Terap Dermatol* 2013 (39), 234-239.
30. OMS. *Reto mundial el pro de la seguridad del paciente 2005-2006*. Ginebra, Suiza: World Health Organization. 2004 [revised 2004, cited 2014 feb] Available. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf
31. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. In M. Quinter, *Cuidado y práctica de enfermería* 2000, ISBN 958-701-003-5, págs. 184-191.
32. Reilly J, Allardice G, Bruce J, Hill R, & McCoubrey J. Procedure-specific surgical site infection rates and postdischarge surveillance in Scotland. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2006, 1318-1323.
33. Sánchez-Saldaña L, & Sáenz Anduaga E. Antisépticos y desinfectantes. *Dermatología Peruana*, 2005, 15(2), 82-103.
34. Schultz G. S, Sibbald R. G, Falanga V, Ayello E. A, Dowsett, C, Harding K, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 2003 (11), Suppl 1:S1-28.
35. Sibbald R. G, Browne A. C, Coutts P, & Queen D. Screening evaluation of an ionized nanocrystalline silver dressing in chronic wound care. *Ostomy Wound Management*, 2001, 47(10), 38-43.
36. Sibbald R. G, Orsted H, Schultz G. S, Coutts P, & Keast D. Preparing the wound bed 2003: Focus on infection and inflammation. *Ostomy Wound Management*, 2003, 24(11), 24-51.
37. Sibbald R. G, Williamson D, Orsted H. L, Campbell K, Keast D, Krasner D & Sibbald D. Preparing the wound bed--debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Manage*, 2000, 46(11), 14-22.
38. Watson, J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis. Japanese translation under contract. *AJN Book of the Year*, 2005.

Cuidado humanizado en la salud familiar

Edna Johana Mondragón Sánchez¹

Resumen

La Salud Familiar (SF) es la experiencia de congruencia de la familia ante situaciones estresantes, generadoras de ansiedad; valorar este elemento posibilitaría la prevención de numerosas problemáticas familiares y sociales, orientaría hacia una explicación holística de la manera en que son generados los estados de salud - enfermedad en los individuos, e induciría hacia un cuidado más integral y continuo, centrado en la familia.

La SF es abordada generalmente por los profesionales de la salud de manera individual, pero no como sistema, según sostiene el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2002); de valorarse en su conjunto, posibilitaría la prevención de numerosas problemáticas familiares y sociales, permitiría una explicación holística de la manera en que se genera los estados de salud - enfermedad en los individuos, e induciría hacia una atención y cuidado más integral y continuo, centrado en la familia y completamente humanizado.

El estudio tiene como propósito, estimar el logro de las metas de la familia y correlacionar la salud familiar con la satisfacción de los integrantes de 18 años en adelante, de las familias pertenecientes a una comunidad rural del estado de Puebla, con el Marco de Organización Sistémica (MOS) de Friedemann (1995).

Palabras clave: familia, salud, satisfacción, enfermería.

Humanized care in the family health

Abstract

Family Health (FH) is the experience of congruence of the family in the event of stressful situations generating anxiety; appreciate this item would enable the prevention of numerous family and social issues, directed into a holistic explanation of how health - disease states are generated in individuals, and would lead to a more comprehensive and continuous care, family-centered.

FH is generally addressed by health professionals individually, but not as a system, as alleged by the International Council of Nurses (ICN) (2002); if it were assessed as a whole, it would allow the prevention of numerous family and social issues, would allow a holistic explanation of how health - disease status are generated in individuals, and would lead to a more comprehensive and continuous attention and care, focused in the family and fully humanized.

The study aims to estimate the achievement of the goals of the family and correlate family health with the satisfaction of members 18 and older, families from a rural community in the state of Puebla, with the Friedmann's (1995) Framework of Systemic Organization.

Key words: family, health, satisfaction, nursing.

1. Introducción

La familia es una unidad con estructura y organización propia, que interactúa con su medio ambiente, sistema social encargado del cuidado de la salud familiar (SF) por ser el contexto en donde se encuentra sentido de vida y bienestar (Friedemann, 1995, p. 18). Para la autora, la SF es la experiencia de congruencia de la familia ante situaciones estresantes, generadoras de ansiedad.

¹ Enfermera. Docente, Universidad del Quindío; Enfermera Jefe Medicina Interna, Hospital Universitario San Juan de Dios. Correo electrónico: edna-johanams@gmail.com

En la actualidad, múltiples factores causan estrés e inquietud en el sistema familiar: sobrecarga de funciones por inserción de la mujer al trabajo, desempleo, pobreza, falta de vivienda propia, deterioro de las relaciones de poder, dificultades en el acceso a la educación, limitadas posibilidades de socialización, recreación y comunicación al interior, explotación económica, problemas sociales, difícil acceso a los servicios de salud y desigualdad e injusticia en la distribución de los mismos. Todo esto hace vital el estudio de la SF en el cuidado de la salud humana.

La SF es abordada generalmente por los profesionales de la salud de manera individual, y no como un sistema en conjunto, de acuerdo con lo que expresa el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2002). Si se valora-se en su conjunto, esto posibilitaría la prevención de numerosas problemáticas familiares y sociales, permitiría una explicación holística de la forma en que se genera los estados de salud - enfermedad en los individuos, e induciría hacia una atención y un cuidado integral y continuo, centrado en la familia. Para el MOS, el estudio de la familia puede darse a partir del contacto con alguno de sus miembros o de sus subsistemas y llevarlo al núcleo familiar, o bien contactar al sistema familiar y enfocarlo a la salud de alguno de sus integrantes.

La SF y la salud individual son un proceso de doble vía y su influencia es recíproca. De acuerdo con Membrillo (2013), la salud individual se desarrolla dentro del contexto familiar a través de la conformación de hábitos, estilos de vida, sistema de valores, normas, creencias, actitudes y comportamientos específicos de cuidado de la salud, elementos que interactúan con situaciones individuales: biológicas, psicológicas y emocionales propias de los individuos que conforman la familia y que, según Amaya (2004), son expresadas mediante la apreciación subjetiva de la satisfacción familiar.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en el año 2010, 28 millones 159 mil 372 familias, de las cuales el 70.9% son de tipo nuclear y el 28.1% son familias extensas; en el 45% sólo un integrante se inserta en el mercado laboral y en el 31.3% son dos miembros quienes cumplen con esta condición.

En el Estado de Puebla, el INEGI (2010) reportó 1 millón 373 mil 772 hogares, de los cuales el 71.9% son nucleares; notificó además sobre los cambios importantes al interior de las familias, que ponen en riesgo la SF: desintegración familiar, falacias en la crianza de los hijos, cambios en la tipología de familia, aumento de hogares de una sola persona, migración, violencia y ausencia de responsabilidad del hombre como proveedor; problemáticas que evidencian la disfuncionalidad o la crisis, motivo por el cual, el profesional de enfermería, cuya esencia es el cuidado, requiere implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia en todos sus contextos, de tal manera que muchas de estas situaciones disminuyan.

La evidencia científica publicada en México en los últimos años sobre este fenómeno de estudio, muestra que la Enfermería ha dirigido sus esfuerzos hacia el estudio de la SF. Por ejemplo, Chávez, Friedemann y Alcorta (2001, citados por López, 2005, p. 6) estudiaron la SF en una población de secundaria, y reportaron que el 99% de las familias tenía problemas en una o más de las dimensiones de los procesos del sistema familiar, García-Madrid, Landeros-Olvera, Arriola-Morales y Pérez-Garcés (2007) encontraron que la SF se relaciona de manera positiva con la capacidad física de los adultos mayores, Chavez-Medina (2015) por su parte, halló la relación de la salud familiar con la edad. Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid y Rodríguez-Hernández (2009) reportaron que no hay relación entre la SF y la ansiedad en familias de adultos con enfermedad crónica. Báez, Medina, Rugerio y García (2009) hallaron correspondencia de la SF con la sobrecarga del cuidador informal del niño que presenta discapacidad motora y Cerezo, Rugerio, García, Gracia y Pérez (2010), al estudiar la salud y la satisfacción familiar en familias de migrantes con hijos menores de 18 años, obtuvieron que la SF es una variable predictora de la satisfacción familiar.

En la mayor parte de estos trabajos se hace evidente el estudio de la SF a través de la representación de un integrante de la familia y en el análisis de las dimensiones de los procesos de vida del sistema familiar que plantea el modelo. Sin embargo, hace falta aplicarlo al núcleo familiar o a sus subsistemas, e integrar el logro de las metas -control, crecimiento, espiritualidad y estabilidad- y el grado de satisfacción familiar, para que el estudio sea más completo, razón por la cual, la autora del presente trabajo, por interés propio se planteó estudiar estas variables desde la percepción de los integrantes de 18 años de edad en adelante -como lo plantea el MOS (1995)- de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud física o mental perceptible,

con el fin de obtener evidencia que coadyuve en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y fortalecimiento a la SF de las familias de estas comunidades, en virtud de que, por su bajo desarrollo social, indicador relacionado con su economía, capital humano y social, suelen ser las más vulnerables al vivir toda la problemática mencionada (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2012). El trabajo se llevó a cabo bajo los siguientes objetivos:

- Describir las características personales y familiares de la población de estudio.
- Identificar el grado de salud familiar y satisfacción familiar desde la percepción de los integrantes de 18 años en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible.
- Relacionar la salud familiar con la satisfacción familiar percibida por los integrantes de 18 años de edad en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible.
- Estimar el logro de metas de la familia desde la percepción de los integrantes de 18 años en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible.

2. Metodología

2.1 Diseño de Estudio: descriptivo, correlacional, predictivo, transversal (Polit y Beck, 2004), realizado en 160 familias aparentemente sanas de una comunidad rural, a quienes se les aplicó el Instrumento de Salud Familiar: Familias en General (ISF: GEN-25) de Amaya (2004) para población mexicana.

2.2 Resultados: el rango de edad de los participantes fue de 18 a 94 años; el 83.7% fue población adulta, el 61.8% fueron mujeres, el 44.5% cuenta con un nivel educativo de primaria y el 45.1% se dedica al hogar. Predominó la familia nuclear en un 63.4%; el 31.1% se encontró en la etapa del ciclo vital de familias con adolescentes, el 98.1% tuvo una salud familiar saludable y una satisfacción familiar clasificada como satisfecha. El MOS de Friedemann (1995) permitió estudiar la salud familiar y la satisfacción familiar en familias de la comunidad rural. Los resultados obtenidos muestran el grado de congruencia y estabilidad de las familias rurales.

2.3 Población: la población de estudio fueron los integrantes de 18 años en adelante de las familias de una comunidad rural, indicador relacionado con la economía y el capital humano según la OMS (2012) sin ningún problema de salud físico o mental perceptible.

2.4 Muestreo y Muestra: el muestreo fue probabilístico, aleatorio simple por medio del censo nominal de las familias del Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida (CECACVI- BUAP) y de la técnica de 2 por 2. El tamaño de la muestra se determinó mediante el Análisis de Potencia con un nivel de significancia de .05, un poder de confianza de .95 y un tamaño del efecto de .30. Con el fin de amortiguar el efecto de atrición se aumentó un 10% dando una “n” de 161 familias, en las cuales hubo 319 integrantes de 18 años de edad en adelante.

2.5 Instrumentos: ISF: GEN-25 (Amaya, 2004. Versión para población mexicana).

El instrumento consta de dos escalas: la primera, valora la salud familiar a través de las cuatro dimensiones de los procesos de vida del sistema familiar: Mantenimiento del sistema (3,5,7,10,14), Cambio del sistema (13,15,19,20,22,23,24), Individuación (4,8,16,17,21,25) y Coherencia (1,2,6,9,11,12,18). Consta de 25 ítems en la escala de Likert con valores de 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces y 4 = Siempre. El puntaje total de la escala es de 100 puntos, en donde, puntajes de 67 a 100 ubican a la familia como Saludable; de 33 a 66 como Medianamente saludable y puntajes de 32 o menos, como una familia Poco saludable. El instrumento ha sido aplicado en poblaciones colombiana y mexicana con un Alpha de Cronbach de .86 (Amaya, 2004; Velásquez y Amaya, 2011).

La segunda escala del instrumento mide la satisfacción familiar a través de las cuatro dimensiones de los procesos de vida del sistema familiar: Mantenimiento del sistema (3,5,7,10,14), Cambio del sistema (13,15,19,20,22,23,24), Individuación (4,8,16,17,21,25) y Coherencia (1,2,6,9,11,12,18). Consta también de 25 ítems con valores de 1 = No me gusta, 2 = Me gusta poco, 3 = Me gusta y 4 = Me gusta mucho. El puntaje total de esta escala también es de 100. De 67 a 100 puntos, definen a la familia como Satisfecha con el sistema familiar; de 66 a 33 como Medianamente satisfecha y de 32 o menos, como una familia Poco satisfecha con el sistema familiar. La escala de Satisfacción Familiar también ha sido aplicada en poblaciones colombiana y mexicana con un Alpha de Crombach de .92 (Amaya, 2004; Velásquez y Amaya, 2011). El instrumento completo en sus dos escalas fue aplicado a todos los integrantes de la familia de 18 años de edad en adelante, aunque la Dra. Pilar Amaya sugiere aplicarlo a partir de los 14 años de edad.

2.6 Ética del Estudio: en el desarrollo del estudio se consideró en todo momento el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (s.f.), atendiendo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 14, respetando la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. Considerando el mismo capítulo, fracciones V y VII, se sometió a revisión por el Comité de Ética y se solicitó autorización para su implementación a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Se contó con el consentimiento informado por escrito de los jefes de familia participantes, como lo establece el Artículo 22, Fracción IV, el cual se firmó por un testigo y del cual se dejó además una copia. De acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, VII del mismo reglamento, se explicó en forma clara a los participantes los objetivos del estudio, y se dejó en claro la libertad que tenían de retirarse y dejar de participar en él si así lo deseaban, sin que esto generase perjuicios a la familia y/o a sus integrantes.

Se informó a la familia sobre la privacidad de la información proporcionada, la cual sólo ha sido utilizada para fines de la investigación, como lo establece el Capítulo I Artículo 16, el Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (2015). El estudio se consideró sin riesgo, en virtud de que sólo se aplicó un instrumento a través de encuesta, sin la ejecución de ninguna intervención. En caso de que se hubiese presentado alguna contingencia de tipo emocional en los participantes a la hora de su aplicación, se tenía preparada una intervención de primeros auxilios psicológicos y concertada una institución de salud para canalizar a la persona si así se hubiere requerido, lo cual no fue necesario, dado que no se presentó ninguna eventualidad.

Desde su planeación hasta su terminación prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos de las personas que participaron en el estudio. Se garantizó su seguridad y bienestar, por lo que toda acción que se realizó con la familia llevó implícito el mejoramiento de la misma -Principio de Beneficencia- y la no transgresión a sus ideas, creencias, cultos y prácticas religiosas u otras, así como el asumir una posición autocrítica como profesional de la salud y no asumir posición a favor o en contra de algún miembro de la familia en específico.

2.7 Plan de Análisis Estadístico: la información fue capturada en el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19 de 2012 para crear la base de datos que permitió analizar la información de manera integral. Se utilizó medidas de tendencia central: frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo, para describir las características de la muestra y las variables de estudio. El coeficiente de confiabilidad del instrumento se obtuvo a través del Alpha de Crombach y la curva de normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S), previa construcción de índices con valor de 0 a 100, con el objetivo de identificar la pertinencia de utilizar estadística paramétrica o no paramétrica.

Como el resultado fue una curva no normal se utilizó Rho de Spearman. Además se utilizó un modelo de regresión lineal para determinar el tamaño del efecto predictivo, una U de Mann-Whitney para obtener diferencias por género y una Kruskal Wallis para obtener las diferencias por edad. Los resultados obtenidos son presentados en el siguiente capítulo en tablas y figuras.

3. Resultados

3.1 Confiabilidad del Instrumento de Medición

La consistencia interna del instrumento en sus dos escalas se determinó con el coeficiente de confiabilidad Alpha de Crombach; los resultados obtenidos son expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. *Instrumento de Salud Familiar: Familias en General*

Escalas	No. de Reactivos	Alfas
Escala de Salud Familiar	25	.761
Escala de Satisfacción Familiar	25	.870
<i>n</i> = 319 Integrantes de 18 a 94 años de edad de 161 familias		

Fuente: ISF: GEN-25. Amaya, 2004.

La Tabla 1 permite observar que los puntajes de las alfas de Crombach obtenidos en las dos escalas son aceptables para el estudio de acuerdo con Polit y Beck (2004), y por lo tanto el instrumento en general lo es.

3.2 Estadística Descriptiva y Prueba de K-S

Los resultados de este apartado muestran los datos descriptivos y la prueba de Bondad K-S, así como la distribución de los datos en la curva de normalidad.

Tabla 2. *Estadística Descriptiva y prueba K-S del instrumento de salud familiar: familias en general*

			Valor	Valor		Valor
Variables	DE		Mínimo	Máximo	K-S	de p
Escala de Salud Familiar	85.39	8.32	72	98	.100	.000
Escala de Satisfacción Familiar	76.14	12.39	64	100	.066	.002
Meta de Control						
82.00			13	19	.154	.001
12.27						
Meta de Crecimiento	81.62	12.84	19	28	.141	.001
Meta de Espiritualidad	87.47	11.11	14	24	.116	.000
Meta de Estabilidad	87.85	10.55	21	28	.313	.001
Dimensión Mantenimiento del Sistema	79.51	13.30	13	19	.154	.000
Dimensión Cambio del Sistema	84.49	11.25	19	28	.141	.000
Dimensión Individuación	78.75	14.43	14	24	.116	.000
Dimensión Coherencia	96.19	7.80	21	28	.313	.000
n = 319 Integrantes de 18 a 94 años de edad de 161 familias						

Fuente: ISF: GEN-25. Amaya, 2004.

Los datos obtenidos muestran que la Escala de Salud Familiar obtuvo una media de 85.39 -DE = 8.32 y la Escala de Satisfacción Familiar de 76.14 -DE = 12.39. De las Dimensiones del Proceso de Vida Familiar, la dimensión Coherencia obtuvo la media más alta = 96.19; DE = 7.80-, y la dimensión de individuación, la media más baja

--78.75; DE = 14.43-. De las metas de la familia, la meta de Estabilidad obtuvo la media más alta --= 87.85; DE = 10.55- y la meta de Crecimiento, la media más baja --= 81.62; DE = 12.84-. En relación con la prueba K-S, los datos obtenidos mostraron una distribución no normal en ambas escalas, como lo evidencia la Tabla 2.

3.3 Resultados de Objetivos

El primer objetivo planteó describir las características personales y familiares de la población de estudio; las Tablas 3, 4, 5 y 6 muestran los resultados obtenidos.

Tabla 3. *Características personales de la población de estudio*

Variables	F	%
Edad		
18 a 19 años (Adolescentes)	21	6.4
20 a 59 años (Adultos)	260	81.7
60 a 94 años (Adultos Mayores)	38	11.9
Género		
Hombres	122	38.2
Mujeres	197	61.8
Nivel Educativo		
Ninguno	14	4.4
Primaria	142	44.5
Secundaria	80	25.1
Preparatoria	43	13.5
Universidad	34	10.7
Técnico	6	1.9
Ocupación		
Hogar	144	45.1
Campesino	76	23.8
Comerciante	41	12.9
Agricultor	2	.6
Albañil	7	2.2
Profesionista	20	6.3
Otro	29	9.1
<i>n</i> = 319 Integrantes de 18 a 94 años de edad de 161 familias		

La Tabla 3 muestra que el rango de edad de los participantes fue de 18 a 94 años; predominaron los adultos con un 81.7%, dentro de los cuales el 61.8% era de género femenino; el 44.5% cuenta con un nivel educativo de primaria y el 45.1% se dedica al hogar. Adicional a los datos de la Tabla 3, se puede mencionar que el 93.7% de la muestra no tiene una ocupación profesional.

Tabla 4. *Características de las familias de la población de estudio*

Variables	F	%
Jefatura de Hogar		
Masculino	47	29.2
Femenino	63	39.1

Conjunta (Mixta)	51	31.7
Tipo de Familia		
Familia Nuclear con Hijos	142	88.3
Familia Nuclear sin Hijos (Pareja)	3	1.8
Familia Extensa	14	8.7
Familia Reconstruida	2	1.2
Etapas del Ciclo Vital Familiar		
Comienzo de la familia	3	1.8
Familia con hijos pequeños	23	14.3
Familia con hijos preescolares (3 a 6 años)	11	6.8
Familia con hijos escolares (6 a 13 años)	35	21.7
Familias con adolescentes (14 a 19 años)	50	31.2
Familias en “despegue”	26	16.1
Familias maduras	9	5.6
Familias ancianas	4	2.5
Número de Integrantes en total por familia		
2 – 3	241	40.8
4 – 5	278	47.0
6 a más	72	12.2
Número de Integrantes por familia de 18 a 94 años de edad		
1 – 2	244	76.5
3 – 4	59	18.5
5 – 6	16	5.0
Religión de la Familia		
Católicos	131	81.4
Evangélicos	25	15.5
Ninguna	5	3.1
<i>n</i> = 161 jefes de familia		

Respecto a las características de las familias participantes, la Tabla 4 señala que predomina la jefatura femenina con un 39.1%; la familia nuclear con hijos es de 88.3%; el ciclo vital familiar con adolescentes, 31.2%; y la religión católica, 81.4%.

El segundo objetivo persiguió identificar el grado de SF y Satisfacción Familiar desde la percepción de los integrantes de 18 años de edad en adelante, de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible; los resultados obtenidos son evidenciados en la Tabla 5.

Tabla 5. La salud familiar y satisfacción familiar desde la percepción de los integrantes de la familia de 18 años de edad en adelante

Variable	F	%
Salud Familiar		
Saludable	158	98.1
Medianamente saludable	3	1.9
Poco saludable	0	0.0
Satisfacción Familiar		
Satisfecha	158	98.1
Medianamente Satisfecha	3	1.9
Poco Satisfecha	0	0.0

n = 319 Integrantes de 18 a 94 años de edad de 161 familias

De acuerdo con la percepción de los integrantes de 18 años de edad en adelante, de las 161 familias encuestadas, el 98.1% manifestó tener una SF saludable y una satisfacción familiar clasificada como satisfecha; no se encontró familias poco saludables y poco satisfechas (Tabla 5).

El tercer objetivo relacionó la SF con la satisfacción familiar percibida por los integrantes de 18 años de edad en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible; de acuerdo con la curva de normalidad de los datos obtenidos para su verificación, se construyó una matriz de correlación rho de Spearman cuyos resultados son expuestos en la Tabla 6, así como una gráfica de dispersión.

Tabla 6. Matriz de Correlación rho de Spearman de la SF y la satisfacción familiar desde la percepción de los integrantes de la familia de 18 años de edad en adelante

		Salud Familiar	Satisfacción Familiar	<i>p</i>
Salud Familiar	Correlación rho de Spearman	1	.579	.00

n = 319 Integrantes de 18 a 94 años de edad de 161 familias

La Tabla 6 evidencia que hay una relación positiva medianamente significativa de la SF y la satisfacción familiar, relación que se verifica en la Figura 1, correspondiente a una gráfica de dispersión, la cual además muestra que a mayor SF, mayor satisfacción familiar.

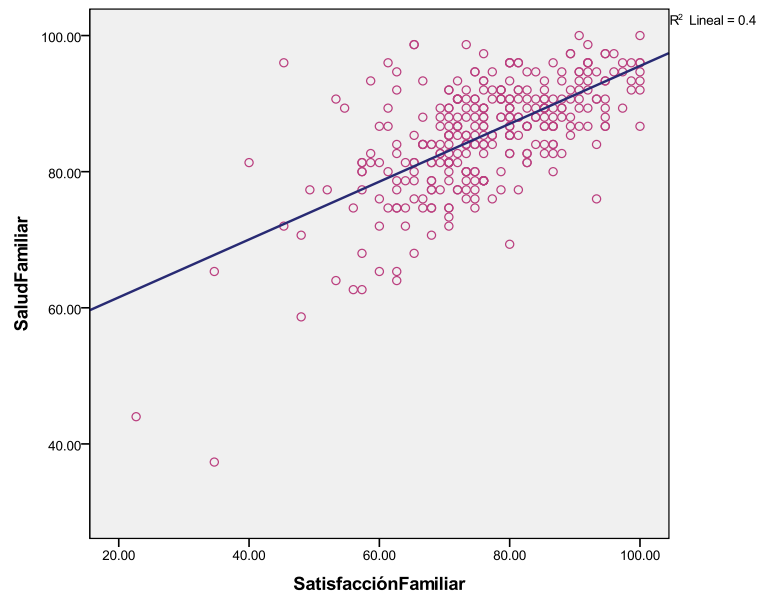


Figura 1. Gráfico de dispersión salud familiar – satisfacción familiar.

El cuarto objetivo buscó estimar el logro de las metas de la familia desde la percepción de los integrantes de 18 años en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible, para lo cual se realizó una ponderación de medias por familia, cuyos resultados son expuestos en la Figura 2.

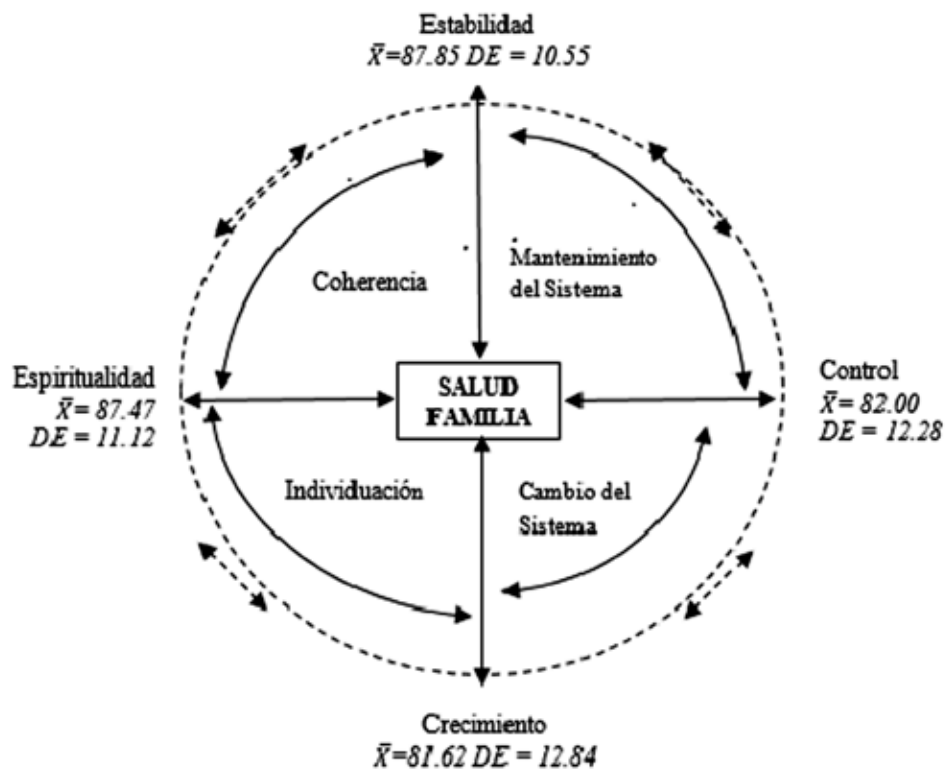


Figura 2. Logro de metas del proceso de vida del sistema familiar desde la percepción de los integrantes de 18 a 94 años de edad en familias de una comunidad rural.

En el Figura 2 se puede observar que las medias y las desviaciones estándar de las cuatro metas de la familia son similares y no distan mucho en su ponderación.

4. Discusión

La familia constituye un sistema por cuya naturaleza y cualidades se imprime a sus integrantes, rasgos que les proveen una identidad familiar y personal, al transmitirles cultura, valores y patrones de comportamiento que los guían hacia el logro de metas personales y familiares y, por lo tanto, hacia su crecimiento y bienestar (Friedemann, 1995), de tal manera que la salud y satisfacción familiar de uno o varios de sus miembros representa un papel importante en la salud del sistema familiar y, a la inversa: la salud del sistema familiar determina la salud individual de sus miembros.

Lo descrito fue el fundamento para estimar el logro de las metas de la familia y correlacionar la SF con la satisfacción familiar en los integrantes de 18 años de edad en adelante de familias de una comunidad rural del estado de Puebla, México, sin ningún problema de salud físico o mental perceptible, con el MOS de Friedemann (1995). Los resultados obtenidos permitieron dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados, cuyos hallazgos principales son discutidos a continuación:

Con relación al primer objetivo planteado -Describir las características personales y familiares de la población de estudio-, se encontró que el rango de edad fue amplio, predominó la edad adulta, el género femenino y un nivel educativo básico de primaria, resultados que concuerdan con los hallazgos de Velásquez y Amaya (2011), García-Madrid et al. (2007), García y Rodríguez (2006), cuyos estudios fueron realizados en comunidades rurales similares, aunque en éstas, la familia estuvo representada sólo por un integrante.

Respecto a las características familiares de los participantes, se observó el predominio de la jefatura femenina, junto a familias nucleares conformadas por cuatro o cinco integrantes; la etapa del ciclo vital familiar más frecuente fue la de familias con adolescentes, lo que concuerda con los hallazgos de Chávez et al. (2000) quienes realizaron su estudio en unas colonias de clase social media/baja del Norte de la república mexicana y los datos sociodemográficos del INEGI (2010), pero diferentes a los hallazgos de Cerezo et al. (2010) en un estudio realizado en una población diversa de una comunidad rural de la ciudad de Puebla, con características diferentes a la muestra de estudio. Es posible que a nivel de Latinoamérica se pueda tener los mismos datos ya que los hallazgos también concuerdan con lo reportado por Veloza (2012), quien lo hizo en población colombiana.

En cuanto al segundo objetivo planteado, -Identificar el grado de salud familiar y satisfacción familiar desde la percepción de los integrantes de 18 años de edad en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible-, se encontró que un alto porcentaje de integrantes encuestados manifestó tener una familia saludable y sentirse satisfechos con ella, resultados que concuerdan en sus dos variables con los hallazgos de Betancurth y Amaya (2013), cuyo estudio fue realizado en mujeres lactantes de familias aparentemente sanas. El estudio difiere del de Veloza (2012), Criado y Rubiano (2009), Velásquez y Amaya (2011) quienes reportan un porcentaje de familias medianamente saludables y medianamente satisfechas, debido quizá a que su población fue de adolescentes tardíos y adultos mayores.

Los hallazgos obtenidos en este objetivo muestran que en las familias de la comunidad rural de la región centro de México existe un arraigo a la familia, cultura y tradiciones, lo cual es una fortaleza para el sistema familiar; además, los integrantes de 18 años de edad en adelante de las familias del estudio se manifestaron satisfechos con lo que su familia es y lo que hace respecto a la organización interna cotidiana, aspectos que son importantes para el mantenimiento de la SF, de acuerdo con el MOS (1995).

Por otro lado, los resultados de la variable salud familiar concuerdan con los reportados por García y Rodríguez (2006) al obtener hallazgos similares; difieren de los de García-Madrid et al. (2007), quienes hallaron una salud familiar medianamente saludable, y discrepan totalmente con los de Criado y Rubiano (2009) al obtener una salud familiar baja en sus resultados, debido probablemente a que los adolescentes generalmente luchan en contra de las reglas y normas -familiares o sociales- establecidas, así como que la entrada del nuevo conocimiento interfiere con la morfogénesis del sistema familiar.

En cuanto al tercer objetivo, el cual relacionó la SF con la satisfacción familiar percibida por los integrantes de 18 años de edad en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible, los hallazgos obtenidos, de acuerdo con Cohen (1960) muestran un tamaño de efecto mediana-

mente significativo, dado que se encontró una relación media entre las variables de estudio, hallazgos que son respaldados por Velásquez y Amaya (2011) y Betancurth y Amaya (2013) donde se reporta que la satisfacción familiar generalmente es relacionada con la apreciación subjetiva de satisfacción y de conformidad con los patrones habituales de organización de la familia rural mexicana.

En referencia al cuarto objetivo planteado, el cual estimó el logro de metas de la familia desde la percepción de los integrantes de 18 años en adelante de familias de una comunidad rural sin ningún problema de salud físico o mental perceptible, se encontró que las medias de las cuatro metas de la familia son próximas al máximo puntaje, resultados que concuerdan con lo encontrado por Criado y Rubiano (2009), quienes hallaron medias similares a las de este estudio, lo cual se puede interpretar como que, las familias rurales despliegan estrategias y una gran capacidad para reducir la ansiedad ante las amenazas y los cambios internos y externos para mantener la estabilidad y armonía y conservarse saludables.

El hecho de que los resultados muestren un alto porcentaje de familias saludables y satisfechas y de que el logro de las metas sea alto desde la percepción de sus integrantes de 18 años de edad en adelante, aunado a la aceptación de la hipótesis uno al probar que el logro de las metas de la familia se asocia a la salud y satisfacción familiar y de que la hipótesis dos admitió que la SF predice el grado de satisfacción familiar, ratifica el supuesto de que la SF abarca cuatro criterios observables: 1) La presencia de estrategias dentro de todas las dimensiones de proceso, 2) La satisfacción de todos los integrantes de la familia con su familia, 3) La retroalimentación ambiental positiva sobre la ejecución de los roles de los integrantes de la familia en la comunidad y 4) El bajo nivel de ansiedad en la familia (Friedemann, 1995), no habiendo diferencias en el grado de salud y satisfacción de acuerdo con la edad y el género, al ser rechazadas la hipótesis tres y cuatro.

Finalmente, los resultados obtenidos fortalecen el estudio de la familia desde la disciplina de enfermería; entonces, se contribuye a la ciencia del cuidado al generar conocimiento que fundamenta el desarrollo de propuestas de intervención a nivel familiar que consideren la SF y la satisfacción familiar como un soporte social para mantener saludables a las familias y a la sociedad mexicana, dado que los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos durante las últimas décadas han generado nuevos retos en las familias, lo que invita a reflexionar sobre su situación actual, identificando problemáticas que deben ser atendidas mediante servicios de atención y políticas públicas encaminadas a garantizar el bienestar de sus integrantes, considerando a la familia como un sistema abierto en interacción con su medio social.

5. Conclusiones

El MOS de Friedemann (1995) permite estudiar la SF y la satisfacción familiar desde la perspectiva de los integrantes de la familia. De igual manera, el Instrumento ISF: GEN-25 de Amaya (2007), Versión para población mexicana. El estudio permite inferir que la medición de la SF y la satisfacción familiar muestran el grado de congruencia del sistema familiar.

Referencias

- Amaya, P. (2004). Instrumento de Salud Familiar: Familias en General. Manual, aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos.
- Asociación Médica Mundial. (2015). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Báez, F., Medina, O., Rugerio, M. y García, G. (2009). Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador del niño con discapacidad motora. *Revista Horizonte de Enfermería*, 20(2), 11-18
- Betancurth, D. y Amaya, P. (2013). Salud Familiar General: Familias de Mujeres en Lactancia Materna, Villa María, Caldas (Colombia). *Revista Enfermería Global*, 12(31). Bogotá, Colombia.
- Cerezo, A., Rugerio, M., García, G., Gracia, Y. y Pérez, A. (2010). Funcionamiento en Familias de Migrantes del área rural. *Revista Paraninfo Digital* 9. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n9/i010.php>

- Chávez, M., Friedemann, M. y Alcorta, G. (2000). Instrumento de la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, versión latina (EFF-22). *Revista Desarrollo Científico en Enfermería*, 88(1).
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2002). Cuidar a la familia; las enfermeras siempre dispuestas a ayudarte. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/publications/2002-nurses-always-there-for-you-caring-for-families/>
- Cohen, J. (1960). *A coefficient of agreement for nominal scales*. New York University, NY. Recuperado de <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1986/A1986AXF2600001.pdf>
- Criado, M. y Rubiano, Y. (2009). Efectividad de la funcionalidad en las familias con adolescentes de primer semestre de la Fundación Universitaria San Gil. *Revista Avances en Enfermería*, 37(2), 71-81.
- Friedemann, M. (1995). *The Framework of Systemic Organization: A Conceptual Approach to families and nursing*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- García, G. y Rodríguez, C. (2006). La Funcionalidad Familiar y el Autoestima del Adulto Mayor en su Esfera Social (Tesis de Maestría). Recuperada de http://www.lareferencia.info/vufind/Record/MX_73db19746ba5c3c2a728ba87c4879a01
- García-Madrid, G., Landeros-Olvera, E., Arriola-Morales, G. y Pérez-Garcés, A. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>.
- López, M. (2005). *Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes Mellitus tipo 2*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Medina-Chavez, J. (2015). Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 1-2
- Membrillo, A. (2013). Situación Actual de la Salud Familiar en México. *Revista Electrónica Medwave*. Ciudad de México, Distrito Federal, México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Observatorio Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and methods* (7a. ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia: Techbooks.
- Presidencia de la República de los Estados Unidos Mexicanos. (s.f.). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmis.html>
- Tribunal Internacional de Nuremberg. (1947). Código de Nuremberg. Recuperado de www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf
- Velásquez, V. y Amaya, P. (2011). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2).
- Veloza, M. (2012). Salud familiar en familias con adolescente gestante. *Revista Avances en Enfermería*, 30(1), 75-81.
- Zabala-Rodríguez, M., Ríos-Guerra, M., García-Madrid, G. y Rodríguez-Hernández, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 9(3), 257-270.

Navegación de pacientes con cáncer de mama: estrategia basada en la Teoría de los cuidados

Luzmila Hernández Sampayo¹

Resumen

El cáncer de mama es considerado como la segunda causa de muerte (Robles y Galanis, 2002) en el mundo, y la tercera en Colombia. En el Valle del Cauca, por cada 100.000 mujeres mayores de 30 años, 20 mueren por esta razón. En Cali en el año 2013 fallecieron 210 mujeres por esta patología. En la actualidad el cáncer de mama ha dejado de ser mortal, permitiendo a las mujeres que lo padecen, tener una sobrevivida mayor, lo cual motiva a implementar estrategias de cuidado. En respuesta a esta necesidad se diseñó el Programa de Atención Integral a Mujeres con cáncer mamario (AIMMA), constituido como estrategia docente – asistencial.

Palabras clave: Cáncer de mama, Cuidado de Enfermería, Navegación de pacientes.

Patient navigation with breast cancer: Strategy based on the Theory of caring

Abstract

Breast cancer is considered worldwide as the second cause of death (Robles and Galanis, 2002), and the third in Colombia. In Valle del Cauca, per 100,000 women age 30 and older, 20 die for this reason. In Cali in 2013, 210 women died from this disease. Today breast cancer is no longer mortal, allowing women who have it, have a higher survival rate, which motivates to implement care strategies. In response to this need, it was designed the program of comprehensive care for women with breast cancer (known in Spanish as AIMMA), constituted as a teaching and health care strategy.

Key words: Breast cancer, Nursing Care, Patient navigation.

1. Introducción

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. Dentro de las enfermedades oncológicas, una de las más prevalentes es el cáncer de mama, considerándola entre la población femenina como la segunda causa de muerte, la cual se refleja en el hecho de que en “América Latina y el Caribe casi 300.000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad” (Robles y Galanis, 2002, p. 2). En Colombia el cáncer de mama ocupa la tercera causa de muerte en mujeres. En el Valle del Cauca por cada 100.000 mujeres mayores de 30 años, 20 mueren por cáncer de mama, y en Cali en el año 2013, 210 mujeres fallecieron por esta patología (Presidencia de la República. Plan de Salud Territorial 2013-2015).

En la actualidad, y gracias a los adelantos científicos y tecnológicos, el cáncer de mama ha dejado de ser mortal, permitiendo a las mujeres que lo padecen, tener una sobrevivida mayor. Debido a esta situación surge la necesidad de implementar estrategias de cuidado que involucren tanto a las pacientes como a las familias. En respuesta a esta necesidad se diseñó el Programa AIMMA, constituido como estrategia docente – asistencial entre el Hospital Universitario del Valle en la ciudad de Cali, Colombia, y la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

El presente trabajo relata la experiencia de un Programa de cuidado de enfermería denominado “Navegación de la paciente con cáncer de mama”, basado en la teoría de los cuidados de Swanson (1993, citada por Muñoz

¹ Enfermera; Magíster en Enfermería Materno infantil, Universidad del Valle. Correo electrónico: luzmila.hernandez@correounivalle.edu.co

y Ruíz, 2014), lo cual posibilita articular la ciencia y la tecnología con la espiritualidad y el amor para ofrecer cuidado. El objetivo es aplicar esa estrategia de Navegación en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cali, orientado bajo esos cuidados.

2. Reseña

AIMMA es un programa de intervención que cuenta con el aval del Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario del Valle. Fue diseñado con fines altruistas, dirigido a mejorar las oportunidades de atención en salud y calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, prevenir y/o manejar algunos riesgos presentes o potenciales durante el tratamiento, a través de acciones y seguimiento telefónico que incluyen educación y asesoría en el cuidado.

El programa inició su implementación en el año 2007 con estudiantes de séptimo semestre de Enfermería y fue planteado como un proyecto de intervención para mujeres con cáncer de mama que requerían cirugía mamaria, usuarias del servicio de Consulta externa de Oncología del Hospital Universitario del Valle, institución de tercer nivel de Cali, con el objetivo principal de brindarles cuidado integral, orientado por los Procesos Caritas propuestos por la teoría de Cuidado Humano de Jean Watson.

El programa trabaja de la mano de docentes y estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle; está enmarcado en el Grupo de investigación Cuidado de Enfermería, dentro del cual los estudiantes realizan su trabajo de grado en una modalidad denominada Pasantía institucional.

A partir de 2014 se realizó un convenio con una fundación extranjera (Partners for Cancer Care and Prevention) con sede en Baltimore, Estados Unidos, y a partir de esa fecha se incorporó la estrategia “Navegación de pacientes con cáncer de mama, basada en la teoría de los cuidados de K. Swanson”. La Fundación apoya al programa con una navegadora que para este caso es una enfermera especialista en Materno Perinatal; provee también prótesis externas para mujeres mastectomizadas y pelucas para mujeres en tratamiento con quimioterapia.

3. Metodología

El programa es liderado por una docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, apoyada por estudiantes de séptimo semestre de Enfermería. Tanto las profesionales como los estudiantes de enfermería recibieron una capacitación en el tema de Navegación de paciente oncológico, ofrecida por la Fundación.

El programa cuenta con el aval del Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario del Valle; las mujeres se vinculan a través de dos estrategias: a) Promoción del programa, la cual se hace por medio de un pendón expuesto en Consulta Externa del Hospital que contiene información sobre el programa y los teléfonos a los cuales se pueden comunicar si desean pertenecer al grupo; b) Seleccionando las historias clínicas de la consulta oncológica mamaria, la cual se les ofrece directamente a las pacientes, a quienes se les realiza una presentación del programa y de la estrategia de navegación, haciendo énfasis en los beneficios. Cuando acceden a participar se les presenta el consentimiento informado, el cual es leído por la paciente o en su defecto por su acompañante; si la mujer está de acuerdo, se inicia su vinculación, realizando la valoración por enfermería. A cada participante se le hace entrega de una tarjeta de bienvenida, con los datos de las estudiantes y la docente coordinadora del programa.

La estrategia de Navegación se basa en el modelo de navegación de pacientes de la American Cancer Society (ACS) de 1990 y se fundamenta en el trabajo realizado por el Dr. Harold Freeman, pionero en la aplicación de este concepto, quien ejecutó el primer proyecto de navegación, para disminuir las disparidades en salud respecto del cáncer, en la comunidad afroamericana de Harlem, New York (Ramírez, s.f.).

Para el Programa AIMMA, la navegación es una iniciativa que busca la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, a través del acompañamiento en el proceso de la enfermedad, brindando apoyo, seguimiento, guía y ayuda, con el fin de que la experiencia sea más llevadera para ellas y sus familias. Las navegadoras son enfermeras y estudiantes de enfermería capacitadas, encargadas de apoyar el transitar de las pacientes y de

sus familias en el sistema de salud y de contribuir de esta forma en un cuidado integral.

Las siguientes son las funciones principales de la estrategia:

- Proveer asistencia individualizada para obtener citas.
- Mantener abiertos los canales de comunicación entre hospital y paciente, para lograr la total satisfacción.
- Ayudar a los pacientes a entender la jerga médica.
- Establecer vínculos para servicios de seguimiento del paciente.

En todo el proceso de Navegación se visibiliza la teoría de Kristen Swanson, dado que el cuidado de enfermería ofrecido implica una forma afectuosa y comprometida con las mujeres participantes del Programa a través de acciones que incluyen valoración, educación, asesoría y acompañamiento, adoptando los cinco supuestos propuestos por la teoría de los cuidados: conocer, estar con, hacer por, posibilitar, y mantener las creencias.

4. Conclusiones

La navegación de un paciente permite un acompañamiento adecuado por el personal de enfermería en el transitar por el sistema de salud, contribuyendo a solucionar las barreras en los procesos administrativos y sus necesidades en salud.

El Proceso de Cuidado, fundamentado en una teoría de enfermería, posibilita articular la ciencia y la tecnología con la espiritualidad y el amor para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres que vivencian el cáncer de mama; permite además un crecimiento personal y profesional a los (las) enfermeros(as).

La estrategia de navegación guiada por la teoría de los cuidados de Kristen Swanson facilita el proceso en la medida en que las acciones de cuidado de enfermería son sistematizadas hacia la promoción de la salud, el manejo adecuado de la enfermedad, la detección temprana de signos de alarma, y el fomento de prácticas y estilos de vida saludables que proporcionen el bienestar de la mujer que padece cáncer de mama.

El trabajo en equipo es fundamental para ofrecer un cuidado integral a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

La pasantía institucional es una opción de Trabajo de Grado para los estudiantes de enfermería, que permite sensibilizar y profundizar en el cuidado de las personas a través de una teoría de enfermería.

Referencias

- Muñoz, L. y Ruíz, C. (2014). Cuidado de la mujer gestante. En Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Protocolos para la atención de Enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer* (pp. 172-221). Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República. Plan de Salud Territorial 2013-2015. Florida, Valle del Cauca. Recuperado de http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/planes_territoriales_salud/plan_territorial_de_salud_2012_2015_florida.pdf
- Ramírez, A. (s.f.). *Manual de Navegación de Pacientes Latinos: La Experiencia de Redes en Acción*. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer.
- Robles, S. y Galanis, E. (2002). El cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2).

Bibliografía

- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22.

Adherencia terapéutica: una experiencia de cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas¹

Luisa Fernanda Galvis Palacios²

Jenny Katherine Díaz Fernández³

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez⁴

Resumen

Objetivo: Describir la adherencia terapéutica desde el cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas. **Metodología:** Estudio exploratorio y descriptivo con una persona adulta mayor con enfermedad crónica. Se efectuó programa de visita domiciliaria de 9 sesiones, con duración de dos horas, el cual consideró los procesos del cuidado según Swanson y los cuidados culturales. La evaluación se elaboró aplicando las escalas de adherencia terapéutica, Depresión (Yesavage) y controles de tensión arterial y glicemia. **Resultados:** el programa de visita domiciliaria tuvo impacto sobre la adherencia terapéutica, mejorando depresión, valores de glicemia y tensión arterial, con procesos de cuidado culturalmente sensibles. **Discusión:** la adherencia terapéutica aumenta construyendo y aplicando propuestas de cuidado donde se comprenda, aprecie y se logre ser sensible con las formas cómo las personas enfrentan los procesos salud/enfermedad. **Conclusiones:** la adherencia terapéutica mejora cuando el cuidado es sensible con la cultura, comprensión de conocimientos y acciones terapéuticas que logran una relación enfermera-paciente (hacer por, estar con) que posibilita el bienestar de la persona.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria, persona mayor, diabetes, hipertensión, depresión, cultura.

Adherence therapeutics: an experience of cultural care to older people with chronic diseases

Abstract

Objective: To describe the adherence from the cultural care to elder with chronic diseases. **Methodology:** Exploratory and descriptive study with one adult with chronic disease. A program of home visits of 9 sessions, lasted two hours was carried out, which considered the processes of caring according to Swanson and cultural care. The assessment was developed by applying the scales of adherence, Depression (Yesavage) and blood pressure and blood sugar controls. **Results:** Home visit program had impact on adherence, improving depression, values of glycaemia and blood pressure, with culturally sensitive care processes. **Discussion:** therapeutic adherence increased by building and applying proposals of caring where it is understood, appreciated and can be sensitive with forms how people face the health/disease process. **Conclusions:** Therapeutic adhesion improves when care is sensitive with culture, understanding of knowledge and therapeutic actions that achieve a nurse - patient relationship (make by, living with) which makes possible the welfare of the person.

Key words: Community health Nursing, elder person, diabetes, hypertension, depression, culture.

¹Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Proyecto de investigación: adherencia terapéutica en personas mayores, asignatura de Cuidado de Enfermería en Salud Pública.

² Enfermera, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: lufgalvispa@unal.edu.co

³ Enfermera, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: jkdiazf@unal.edu.co

⁴ Enfermera y Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Educación de adultos, Universidad San Buenaventura; Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

1. Introducción

Según el análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004, citado por Quiroz, 2014), la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es de sólo el 50 por ciento en los países desarrollados y se supone que esta deficiencia es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Pero lo peor es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (Martin, 2006).

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con su cuidado y mantenimiento. Es el paciente quien ejecuta -o no- el consumo de medicamentos y otras indicaciones, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos; es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en la adherencia al cumplimiento (Martin, 2004) que requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de ejecución de las recomendaciones, lo cual significa que los pacientes deben ser 'socios activos' de los profesionales de la salud en el proceso de atención, como resultado de una comunicación interactiva entre ambos, que debe conducir a lograr mejores niveles de adhesión (Martin, 2006).

Así, la percepción individual es un elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud (Weinmann, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996). Se puede concluir que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos se debe principalmente a que no reciben educación suficiente y apropiada y no tienen incorporadas creencias en salud que les permitan modificar sus conductas o prácticas en relación con su salud (Acosta, Debs, De La Noval y Dueñas, 2005).

Por ello, los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios (García y Suarez, 2007). Dentro de los factores personales que influyen en adherencia terapéutica puede mencionarse, entre otros, la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc. (Ortiz, 2004) y también lo relacionado con las redes de apoyo con las que cuenta el paciente, quien refiere que el apoyo familiar es un facilitador directo para seguir el tratamiento (Griva, Ng, Loei, Mooppil, McBain y Newman, 2013). La depresión ha sido asociada frecuentemente con los resultados alcanzados en las enfermedades crónicas (Goldney, Phillips, Fisher y Wilson, 2004).

Por lo anterior, se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales, que aporten evidencias fundamentadas científicamente acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la intervención produzcan los resultados esperados. La mayoría de los profesionales reconoce de modo empírico que existen graves problemas con la adherencia terapéutica, pero son escasas las investigaciones producidas, que lo justifiquen y lo prueben mediante métodos científicos (Martin, 2006), por lo que parece necesario reflexionar e investigar que, por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben estar dirigidas a todos los estamentos involucrados; vale decir, pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud (Ortiz, M. y Ortiz, P., 2007).

Según la evidencia científica, los programas de control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (hta) y diabetes, tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. El reto está centrado en poder conocer las experiencias que viven las personas, lo cual permite identificar los problemas que éstas deben enfrentar, para interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia, la cual debe ser considerada como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales que llevan a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente, de manera conjunta con el profesional de la salud (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

Por lo anterior, una relación terapéutica entre los profesionales de Enfermería y el paciente es clave para lograr el éxito en el cuidado de enfermería. En el presente estudio se describe la adherencia terapéutica lograda en

una persona mayor, con enfermedades crónicas, a partir de un programa de visita domiciliar organizada desde la Teoría de los Cuidados (Swanson, 1991) que concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, y propone cinco procesos básicos (Conocimientos, Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias) como componentes esenciales de cualquier relación enfermera-paciente (Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina-López, 2009). Los “Conocimientos” hacen referencia a las capacidades de la persona para dar cuidados; “Estar con”, refiere las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados culturalmente sensibles; “Hacer por”, a las condiciones: enfermera, paciente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados; “Posibilitar”, a las acciones de los cuidados proporcionados y por último, “Mantener las creencias”, refiere las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el paciente y para el profesional (Swanson, 1991).

2. Metodología

Estudio exploratorio y descriptivo cumplido durante la aplicación de un programa de 9 visitas domiciliarias de dos horas de duración, a una persona de 80 años con diagnóstico de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes tipo II y depresión, residente en un barrio de Bogotá. El programa se organizó incorporando los procesos de cuidado sugeridos por Swanson, y a la vez, los cuidados culturalmente sensibles.

La metodología pedagógica seguida en cada una de las nueve visitas domiciliarias consideró objetivos generales y específicos, y las cinco fases desarrolladas por el Grupo de Cuidado Cultural de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: -Fase de sensibilización, -De información culturalmente adaptada, -De toma de decisiones, -De acción y -Fase de cierre, cada una de las cuales comprende una serie de procedimientos y actividades secuenciales. Las visitas fueron con intervalo de una semana, aplicadas por dos estudiantes de Enfermería de quinta matrícula. Se empleó las escalas de: adherencia terapéutica y depresión (Yesavage), y los controles de tensión arterial y glicemia.

Fueron considerados los cuidados éticos para un estudio de riesgo bajo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (República de Colombia, 1993).

3. Resultados

El participante es un hombre viudo de 80 años, quien no cuenta con apoyo familiar y vive solo, en un apartamento ubicado en el barrio Patio Bonito en Bogotá, Colombia; de estrato socioeconómico nivel 2 en la localidad octava de Kennedy.

El programa de visita domiciliar con enfoque cultural tuvo efectos relevantes en: 1. La adherencia terapéutica, al pasar de poca a moderada, logrando impacto importante en la ingesta de alimentos, seguimiento médico y autoeficacia. 2. La depresión establecida pasó a depresión leve. 3. Mantener la tensión en los valores de 120-100 /90-80. 4. Mantener la glicemia entre 90/120.

A través de un programa guiado por los procesos de cuidado de Swanson (Tabla 1), que muestra el proceso del cuidado de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica como un proceso integral, se puede entender la vivencia de la persona mayor al estar conviviendo con enfermedades crónicas. El programa asimismo facilitó la definición de 9 diagnósticos prioritarios de enfermería, que fueron abordados eficientemente a través del mantenimiento de nueve creencias sobre la salud y la vida, y el establecimiento de una relación terapéutica facilitada por la presencia comprometida de las estudiantes, quienes posibilitaron el fomento del autocuidado a través de hacer redes de apoyo.

A continuación se describe cada uno de los procesos obtenidos en el estudio:

- El mantenimiento de nueve creencias del paciente.
- En la autoeficacia se trabajó en seis creencias: 1. Obras son amores y no buenas razones. 2. Limpieza

de malas energías. 3. La fe mueve montañas. 4. Quien canta, sus males espanta. 5. Dios aprieta, pero no ahoga. 6. Quien bien te quiere, te hará llorar.

- En la ingesta de alimentos se trabajó con dos creencias: 7. Enfermo que come no muere y 8. La insulina son los voltios de energía.
- En el Seguimiento de salud se trabajó la creencia: 9. Mientras hay vida, hay esperanza.

Estas creencias promovieron la adherencia terapéutica al cuidado sensible con la cultura.

Los cuidados relacionados con el **Estar con** facilitaron la presencia de la enfermera en diferentes terapias, especialmente relacionadas con apoyo emocional y espiritual, apoyo en el autocuidado, terapias de entretenimiento y de familia, enseñanza en procesos de enfermedades crónicas, dieta y medicamentos.

En el **Hacer por** se destaca las acciones frente al cuidado del medio ambiente, generación de redes de apoyo, movilización familiar y la consecución de elementos para el desarrollo de las terapias.

El **Posibilitar** presenta el fomento de varios procesos en la persona mayor, especialmente orientados al fomento del autocuidado, a facilitar prácticas religiosas y redes de apoyo, con responsabilidad y autoconfianza.

Tabla 1. Cuidados para persona mayor con poca adherencia terapéutica y enfermedades crónicas (Depresión establecida, hipertensión y diabetes)

Diagnósticos Enfermeros	Mantener las creencias	Estar con	Hacer por	Posibilitar	Bienestar
Déficit de autocuidado	Autoeficacia				
Aflicción crónica	Obras son amores, y no buenas razones.	*Presencia	*Asistencia en el mantenimiento de la habitación y baño	*Fomento del autocuidado	Mantenimiento de la salud, especialmente la relacionada con las creencias de limpieza
Sufrimiento espiritual	Limpieza de malas energías.	*Ayuda al autocuidado	*Redes de apoyo	*Fomento del ejercicio	de malas energías: La fe mueve montañas y Dios aprieta pero no ahorra
Conflicto de decisiones	La Fe en Dios, Niño Dios y la Virgen, mueve montañas	*Apoyo en la toma de decisiones	*Imaginación simple dirigida	*Facilitar la práctica religiosa	
Baja autoestima situacional	Dios aprieta, pero no ahoga	*Apoyo emocional	*Adquirir tangos y música bailable	*Facilitar autorresponsabilidad	
Déficit de actividades recreativas	Quien canta, sus males espanta	*Aromaterapia y masajes	*Conseguir algunos materiales para masajes, talleres, juegos, esencias	*Generar redes de apoyo y grupo de apoyo	
Afrontamiento familiar	Quien bien te quiere, te hará llorar	*Musicoterapia	*Llamadas a familiares	*Mejora de la autoconfianza	
Inefectivo		*Terapia de entretenimiento con juegos, relajación simple y reminiscencia	*Movilización familiar		
		*Reflexoterapia			
		*Terapia ocupacional			
		*Terapia familiar			
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Ingesta de alimentos				
Mantenimiento inefectivo de la salud	Enfermo que come no muere	.Enseñanza de dieta prescrita, preparación de alimentos, y ejercicio.	*Consecución de algunos alimentos	Facilitar la autorresponsabilidad	Negociación de prácticas culturales frente al autocuidado: autoadministración de insulina, la dieta y el ejercicio
Incumplimiento del tratamiento	La insulina son los voltios de energía	.Asesoramiento nutricional. .Presencia en la preparación e ingesta de alimentos	*Asistencia en el mantenimiento de la cocina y nevera		
			*Rutina de ejercicios con bañito-terapia y reología		
	Seguimiento de salud				
	Mientras hay vida hay esperanza	*Enseñanza del proceso de enfermedades crónicas	*Cartelera de medicamentos	*Mejora de autoconfianza	Reestructuración frente a los horarios para aplicación de medicamentos y almacenamiento, haciendo uso de consideraciones religiosas
		*Enseñanza de medicamentos prescritos	*Caja de medicamentos	*Fortalecimiento en la elaboración de menús y preparación de alimentos.	
		*Acompañamiento a cita médica	*Kit de insulina		
		*Enseñanza del cuidado de los pies.	*Apoyo a solicitud de citas y controles		
			*Apoyo en el trabajo		

Para concluir, el bienestar de la persona mayor se logró con los diferentes procesos de cuidados culturalmente sensibles, mediante una relación empática entre estudiantes, paciente y docente, que posibilitó el mantenimiento de la salud relacionada con las creencias, negociación de prácticas culturales en el autocuidado, restructuración frente a la aplicación de los medicamentos, y almacenamiento haciendo uso de consideraciones éticas.

Los beneficios en la adherencia terapéutica están relacionados principalmente con la ingesta de alimentos, seguimiento médico y autoeficacia (Tabla 2).

Tabla 2. Efecto del programa de visita domiciliaria en la adherencia terapéutica

Factores	Pre-visita	Post-visita
Ingesta de alimentos y medicamentos	*No ingiere sus medicamentos de forma puntual. *No atiende a la dieta sugerida por el médico. *No deja los alimentos que le producen placer (tinto con azúcar).	*El paciente mejoró en el manejo de horarios para la toma de sus medicamentos *El paciente tomó conciencia de su dieta y trató de modificarla y ajustarla. *Se negocia con el paciente la cantidad mínima de azúcar y tinto.
Seguimiento médico	*No asistía a las consultas de forma puntual. *No atendía las recomendaciones del médico. *No eran atendidos sus síntomas de alerta.	*Mejora en la asistencia médica. *Explicación y retroalimentación sobre aplicación de insulina, dieta y ejercicio. *Explicación y retroalimentación sobre los síntomas de alerta, hasta que los entiende y le resultan significativos.
Autoeficacia	**"Se me olvida tomar mis medicamentos". **"Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento". **"Necesito que otros me recuerden tomar mis medicamentos".	*Las estrategias utilizadas fueron efectivas para recordar y registrar horas de toma de medicamentos *Se explica y retroalimenta sobre la importancia de administrar su tratamiento en forma permanente. *El grupo de apoyo facilita el cumplimiento del tratamiento.
Depresión	**"Me hace mucha falta mi esposa" (llanto). **"Amanecí sin ganas de nada". **"Los problemas con mis hijos me ponen triste". **"Me siento a veces muy solo". **"Mis hijos no se acuerdan ya de mí".	**"Me siento más tranquilo, contento, acompañado y con esperanzas y ánimo para continuar viviendo". **"El niño Dios ayuda a que me mejore". **"Hace mucho no me daban un detalle como éste; bailar me gusta, porque me siento contento".

4. Discusión

La no adherencia al tratamiento sigue siendo un problema universal, sin que los expertos puedan predecir de manera válida y confiable qué pacientes cooperarán con el tratamiento y quiénes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Las creencias, percepciones y clasificaciones sociales e individuales sobre el proceso de salud-enfermedad están determinadas por el contexto sociocultural y el momento histórico en que hacen presencia (Quiceno y Vinaccia, 2010). Éstas logran incorporarse en las creencias populares, que funcionan como esquemas cognitivos, estereotipados, que guían el comportamiento inmediato de las personas, permitiéndoles una rápida evaluación de una determinada enfermedad (Ehrenzweig, 2005, citada por Quiceno y Vinaccia, 2010).

Los programas, orientados a incrementar los niveles de adherencia en la enfermedad crónica, apuntan a ir más allá de la mera información y educación; están encaminados a proveer habilidades prácticas que permitan no sólo el cumplimiento de citas médicas y toma de medicamentos, sino actitudes y comportamientos que vinculen al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento (Quiceno y Vinaccia, 2010). En diferentes estudios con enfermos crónicos se ha reportado que quienes creen y tienen la sensación de control sobre su enfermedad, se ajustan y adaptan mejor a su condición física y psicosocial, que aquéllos que carecen de esta creencia (Taylor, 2007).

Al prestar los cuidados, las enfermeras no deben perder de vista al individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico, sino que deben saber escuchar con atención; esto constituye la fase inicial del diálogo y permite la comunicación con la persona (Rocha, Costa, Da Silva, Macêdo y De Melo, 2009).

La importancia de una formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser, asegura a la población un cuidado de la más alta calidad (Rodríguez y Valenzuela, 2012). Independiente de los años de experiencia del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por su propia actitud filosófica (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente). Por lo tanto, los cuidados están basados en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al paciente (Swanson, 1991).

Una intervención de tipo educativo de seis sesiones para hipertensos dio lugar a un cambio significativo en 22 de 51 pacientes. En gran medida la magnitud de este efecto quizá es atribuible a la naturaleza individual de la intervención, si bien sus componentes fueron los mismos para todos los pacientes, administrados y adecuados a las necesidades peculiares de cada caso, considerando también el tiempo que fuese necesario para que cada uno dominara las destrezas y las generalizara a su ambiente cotidiano. Dieciséis sesiones fueron administradas en promedio, aunque hubo pocos casos en los que se requirió menos de cinco y otros, por el contrario, más de treinta. En, prácticamente, ningún caso fueron más de las usualmente requeridas en sesiones terapéuticas privadas de esta naturaleza, a las que difícilmente tendría acceso este tipo de población (Riveros et al., 2005).

Abordadas desde el cuidado cultural, las acciones de educación en salud posibilitan el cuidado enfermero de manera más holística y dirigida a la particularidad de cada persona. Esto podría ser una clave frente al escaso éxito en la adherencia terapéutica de las personas mayores con enfermedades crónicas. Utilizando la teoría de los cuidados, es importante que a la persona que se cuida y recibe cuidado enfermero, se le posibilita crear nuevos significados frente a su vida, salud y cuidado, mediante su propia experiencia y desde su propio contexto, ya que permite que ella misma sea la protagonista de ese cuidado y de los resultados que puede llegar a tener (Galvis, Díaz y Velásquez, 2014).

Durante el proceso de cuidado es de vital importancia conocer a profundidad al ser humano que se tiene a cargo, ya que entender su vida, identificar sus valores, creencias, su familia e historia personal, potencializa

los cuidados que se planee, ya que estos estarán contextualmente adaptados a la persona y su historia de vida (Galvis et al., 2014).

Se estableció distintas terapias como musicoterapia, aromaterapia, contacto humano por medio de masajes; la dieta, celebración de actividades ocupacionales como el baile durante la aplicación del programa.

Con respecto al manejo de la dieta, la literatura refleja poca adherencia, como se refleja en el programa:

Los participantes manifestaron que algunas veces pueden costearse los medicamentos (57%) y algunas veces se les dificulta el cambio en la dieta, debido al costo de los alimentos recomendados (52%). Se ha descrito que el costo de los medicamentos y de los regímenes dietéticos son barreras que deberán ser superadas para conseguir el control de la HTA. (Herrera, 2012, párr. 23).

Por otra parte, en las acciones de terapia ocupacional y las formas de comunicación (escrita, verbal, visual) utilizadas en el presente programa para brindar una educación al paciente, específicamente sobre los medicamentos y la dieta, se evidencia el complemento con lo mencionado por Herrera (2012):

Los participantes creen que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios que a veces son difíciles de cambiar (53%), que pueden estar relacionadas con los escasos recursos económicos que caracterizan la muestra; otro factor que puede potencializar el problema es la percepción de falta de comunicación y educación sobre el régimen terapéutico por parte del equipo de salud. Existen factores en el ámbito del paciente, de los escenarios de cuidado, de la comunidad, de la sociedad y de falta de estímulos para que éste pueda ejercer su cuidado. Según Bonilla, un factor importante es el hecho de que los pacientes esperen bastante del tratamiento pero demuestren poca responsabilidad para tomar decisiones e iniciar acciones propias. Las afirmaciones guardan relación con lo difícil que puede ser para la persona con hta cambiar sus costumbres sobre alimentos, si no cuenta con el apoyo del proveedor de salud. (párr. 31).

En la evidencia científica se encuentra el papel fundamental que tiene la Enfermería en la aplicación de estos programas y en buscar las maneras de acercarse al paciente en diferentes ámbitos, tales como: social, económico, político, religioso y cultural, utilizando diferentes teorías como las de Swanson (1991) y Leininger (1961).

La enfermera se acerca a las personas en situaciones de decisión críticas en sus vidas y participa con ellas en el proceso de expandir la conciencia. Con esta óptica la enfermera puede establecer una relación con la persona hipertensa, para lograr comportamientos de adherencia al tratamiento de la hta. Una de las metas de la enfermería estaría encaminada a reconocer los patrones individuales y comprenderlos como una entidad unificada, facilitando los procesos de la salud en el contexto de la persona-ambiente. (Herrera, 2012, párr. 41).

Por otro lado, en varios estudios se corrobora la relación directa de la diabetes con la HTA. En el programa se instauró las pautas educativas para que el paciente diferenciara las dos patologías y comprendiera el cambio de la alimentación y los fármacos respectivos. Veliz-Rojas, Mendoza-Parra y Barriga (2015) encontraron asociaciones significativas entre la adherencia terapéutica y el control integral de la enfermedad cardiovascular, pero al desglosar el control por patología (HTA, DM2 y dislipidemia) sólo el seguimiento de la dieta se asoció al control de la HTA. Lo anterior da cuenta de que el control de la enfermedad cardiovascular es un fenómeno complejo que puede estar influenciado por diversos factores sociales, biográficos, culturales, entre otros, que sería interesante incorporar en futuras investigaciones.

De acuerdo con el conocimiento previo de la información cultural del paciente, se busca introducir la musicoterapia y el baile en el programa, logrando la disminución de ansiedad y depresión, el mejoramiento de los parámetros de la T/A en conjunto con la terapia farmacológica. En un análisis hecho por Oliveira, Brandão, Salgado, Cabral, Lanusse, Catalayud, et al. (2009, párr. 29) los resultados indican:

Que la musicoterapia tuvo un efecto benéfico en la calidad de vida y en el control de la presión arterial de individuos en estado 1 de hipertensión arterial y nos lleva a indicar que este abordaje terapéutico puede sugerirse como tratamiento no medicamentoso complementario.

Por otra parte, para la atención integral de pacientes diabéticos, hipertensos y con enfermedades crónicas, la atención de enfermeras en medicina familiar señala que su participación es pertinente y puede contribuir a lograr resultados favorables en salud. Enfermería es líder en los equipos de salud con un mayor impacto en el ámbito de salud pública y cuidado domiciliario, al dirigir esta clase de programas domiciliarios, involucrando de manera activa tanto al paciente como a la familia, haciendo uso de terapias farmacológicas y no

farmacológicas debidamente justificadas en publicaciones científicas. Se puede lograr eficientes resultados en la adherencia terapéutica, si se tiene en cuenta además, teorías de enfermería como las de Swanson y Leninger, y se contribuye al mantenimiento y prolongación de esta adherencia al ser culturalmente sensible con el contexto del paciente (Pérez-Cuevas, Reyes, Doubova, Zepeda, Díaz, Peña, et al., 2009).

La familia, como eje de la sociedad, también cumple un papel importante en los cuidados que se propone para la persona que los necesita; es de vital importancia que sea tenida en cuenta durante el proceso de cuidado de la persona, puesto que puede contribuir de manera positiva en el paciente, su vida y su salud; sin embargo, hay que tener presente que no todos los núcleos familiares contribuyen de manera positiva en el proceso de cuidado, por lo cual es relevante que durante este proceso la familia también sea valorada e intervenida.

5. Conclusiones

El cuidado culturalmente congruente permitió fortalecer las capacidades del paciente, y dar reconocimiento a su saber y prácticas, al mismo tiempo que fue posible reconfigurar otras prácticas que fueron significativas y acordes con su cultura, lo que permite concluir cómo este tipo de abordaje de cuidado cultural ayuda a proponer acciones negociadas que producen eficiencia y eficacia.

Se necesita consolidar experiencias académicas y divulgar conocimientos de cuidado cultural congruente, que generen impacto social y desarrollo teórico, que expandan la comprensión de la cronicidad y la adherencia terapéutica, con estrategias adaptadas a las personas y a sus ámbitos culturales desde un enfoque humanista, comprensivo y cultural, de manera que se pueda mediar con la persona anciana con enfermedades crónicas, a partir de lo que es importante para su vida y de potencializar sus capacidades para afectar su rumbo vital.

El programa educativo con enfoque cultural tuvo efectos importantes para la persona mayor, en aspectos como: mejorar la adherencia terapéutica, disminución de la depresión, y mantener los valores de tensión arterial y glicemia.

La teoría de los cuidados Swanson (1991) permitió organizar el programa de visita domiciliaria desde la valoración del paciente hasta la aplicación de cada una de las intervenciones. Se tuvo en cuenta los factores sociales, económicos, religiosos, educativos, los modos de vida, con lo que se logró obtener una visión más amplia del paciente y así mediar por un cuidado sensible y efectivo, que evidencia que, “independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se basan en el mantenimiento de creencias básicas de los seres humanos, apoyadas por el conocimiento de la realidad de los mismos”. (Rodríguez y Valenzuela, 2012).

Referencias

- Acosta, M., Debs, G., De La Noval, R. y Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3).
- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Revista Aquichan*, 9(2), 127-134.
- De Oliveira, C., Brandão, P., Salgado, C., Cabral, M., Lanusse, F., Catalayud, M. et al. (2009). El efecto de la musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(5), 534-540.
- Galvis, L., Díaz, J. y Velásquez, V. (2014). Luz en la oscuridad: programa para el cuidado integral de la mujer y la disminución de estrés en mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar en la localidad de Kennedy. En: Universidad Nacional de Colombia (eds.), *Memorias de trabajos de investigación presentados en modalidad oral y póster comentado*. Bogotá, Colombia.
- García, R. y Suarez, R. (2007). Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2).
- Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L. & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression and quality of life: a population study. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.

- Griva, K., Ng, H., Loei, J., Mooppil, N., McBain, H. & Newman, S. (2013). Managing treatment for end-stage renal disease – A qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychology and Health*, 28(1), 13-29.
- Herrera, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 30(2), 67-75.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. Y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3).
- Martín, A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 350-352.
- (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
- Ortiz, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13, 21-31.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Pérez-Cuevas, R., Reyes, H., Doubova, S., Zepeda, M., Díaz, G., Peña, A., et al. (2009). Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(6), 511-517.
- Quiceno, J. Y Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del 'illness perception questionnaire'. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Quiroz, C. (2014). Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neuro-rehabilitación funcional basado en las dimensiones propuestas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 52-61.
- República de Colombia, Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Rocha, N., Costa, I., Da Silva, L., Macêdo, A. y De Melo, A. (2009). Cuidado Crítico e Criativo: Contribuições da Educação Conscientizadora de Paulo Freire para a Enfermagem. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 35-40.
- Rodríguez, V. y Valenzuela, S. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, 11(28), 316-322.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3).
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S. y Barriga, O. (2015). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*, 12(1).
- Weinmann, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-441.

Empoderamiento Comunitario: Análisis desde investigación acción participativa en la creación de cinco microempresas, Guapi-Cauca 2015¹

Yenny Marcela Barreto Zorza²

Vilma Florisa Velásquez G.³

Alba Lucero López⁴

Resumen

El empoderamiento es considerado como una de las vías fundamentales para el desarrollo y la transformación de las comunidades. El Grupo Cuidado Cultural de la Salud (GCCS) ha desarrollado estudios de investigación con la comunidad guapireña, donde ha logrado identificar diversas necesidades como falta de autorreconocimiento en las mujeres, generación de empleo y satisfacción de necesidades de la familia, que justifican un trabajo de empoderamiento comunitario.

Por lo tanto, el propósito del presente trabajo fue describir el empoderamiento comunitario alcanzado desde la investigación acción participativa (IAP) en la creación de cinco microempresas en Guapi, Cauca, en el año 2015, para lo cual se llevó a cabo un estudio descriptivo cualitativo de investigación acción participativa. Se usó como herramienta el diario de campo y se consideró los aspectos éticos.

Lo anterior evidenció que en Guapi predominan formas de relación comunitaria centradas en la entrega de recursos por parte del municipio para resolver algunas necesidades inmediatas de la comunidad. La IAP facilitó que las líderes comunitarias participantes lograran empoderarse a través del autorreconocimiento, identidad comunitaria, conocimiento comunitario, autonomía, responsabilidad, trabajo en equipo, organización comunitaria y capacidad de evaluación. La creación de 5 microempresas comunitarias permite retroalimentar relaciones de cooperación y solidaridad comunitaria y responde a una necesidad de la comunidad y a un compromiso social.

Esto permite concluir que el desarrollo del empoderamiento comunitario en las líderes del municipio de Guapi, Cauca y la construcción de microempresas, contribuye en general a dar respuesta a dos necesidades básicas de la comunidad: el autorreconocimiento de sus capacidades y habilidades, y el empleo para el sostenimiento de su hogar.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud, investigación, Desarrollo de la Comunidad (DECS).

Community Empowerment: Analysis from participatory action research on creating of five microenterprises, Guapi - Cauca 2015

Abstract

Empowerment is regarded as one of the main ways for the development and transformation of communities. The Group Cuidado Cultural de la Salud has developed research studies with the guapireña community, which

¹Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Proyecto de investigación: Centro de Desarrollo Humano Comunitario en el municipio de Guapi-Cauca. Código: 23745

²Enfermera, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Docente Salud Pública, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario Profesional de apoyo en proyecto de investigación y extensión en la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: ymbarreto@unal.edu.co

³Coautora. Enfermera y Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Educación de adultos, Universidad San Buenaventura; Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

⁴Coautora. Enfermera, Universidad Nacional de Colombia; Magíster y PhD en Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Brasil. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: allopezdi@unal.edu.co

has identified various needs such as lack of self-recognition in women, job creation and satisfaction of family needs, justifying work of community empowerment.

Therefore, the purpose of this work was -Describe community empowerment reached from participatory-action research (PAR) in the creation of five microenterprises in Guapi, Cauca, Colombia, in 2015, for which conducted a descriptive study qualitative participatory action research. The field diary was used as a tool, and ethical aspects were considered.

This allows demonstrating the predominant forms of community relations, focusing on the provision of resources by the municipality to solve some immediate needs of the community. The research provided that community leaders participants succeed in empowering through self-recognition, community identity, community knowledge, autonomy, responsibility, teamwork, community organization and evaluation capacity. Creating 5 community microenterprises allows feedback cooperative relations and community solidarity, and answer to a need in the community and social commitment.

This leads to the conclusion that the development of community empowerment in leaders of the municipality of Guapi, Cauca and the construction of microenterprises contribute in general to answer two basic needs of the community: self-recognition of their abilities and skills and employment for the maintenance of their home.

Key words: Community Health Nursing, Primary Health Care, research, community development.

1. Introducción

Entender la pobreza como una situación de privación de capacidades y no simplemente de ingresos o necesidades básicas insatisfechas, es una forma de contribuir a entender mejor las especificidades, entre las cuales se encuentra la imposibilidad de poder participar libremente en la toma de decisiones políticas y familiares. Estas relaciones de poder en el interior de las familias y comunidades deben estar asociadas al concepto de empoderamiento, que ayuda a comprender mejor el proceso por cuyo intermedio mujeres y hombres ganan y negocian un mayor control sobre sus vidas (Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Universidad del Estado de Michigan, 2003).

Así, muchas organizaciones comunitarias requieren “favorecer el empoderamiento a través de un proceso de formación y acompañamiento de líderes y organizaciones para el ejercicio de un liderazgo democrático” (Zambrano, Bustamante y García, 2009, p. 76). El empoderamiento es considerado “como una de las vías fundamentales para alcanzar el desarrollo y la transformación de las comunidades” (Montero, 2006, p. 59). Rappaport (1981) refiere que el empoderamiento implica un proceso y mecanismo mediante los cuales las personas, organizaciones y comunidades ganan control sobre sus vidas, y propone a finales de los setenta el modelo del *empowerment*, que hace énfasis en tres componentes básicos: ciencia social, acción política y desarrollo de recursos, teniendo presente que lo primero garantiza un adecuado conocimiento de la realidad social encaminada al método científico y a la resolución de problemas sociales; lo segundo, crea las condiciones sociales que permiten actuar sobre un entorno social, especialmente sobre poblaciones vulnerables; y lo tercero, permite a las personas satisfacer sus necesidades básicas fomentando cambios sociales.

De acuerdo con Krause et al. (2009, p. 9):

Rappaport distingue 2 componentes en el constructo de empoderamiento:

- La capacidad individual de determinación sobre su vida.
- La posibilidad de participación democrática en la vida de la comunidad a la que uno pertenece, a través de estructuras sociales como escuelas, iglesias, vecindarios y otras organizaciones voluntarias.

El empoderamiento es la puerta de acceso a un amplio abanico de posibilidades y de implicación comunitaria, tales como la salud mental, intervención comunitaria, competencia social, participación social, apoyo social, redes sociales y justicia social. Por lo tanto requiere ver al sujeto como actor responsable de su propia conducta, como participante activo y como creador de ambientes que mejoren su calidad de vida y bienestar (Buelga, 2007).

Asimismo, entre las distintas nociones de empoderamiento se puede diferenciar un enfoque formado por las nociones de empoderamiento vinculadas a la corriente pedagógica de la educación popular y las propuestas de Paulo Freire entre 1987 y 1988. Este enfoque de empoderamiento sugiere un incremento de poder, el acceso al uso y control de los recursos materiales y simbólicos y la participación en el cambio social. Tiene un carácter holístico o multidimensional que implica la superación de desigualdades o déficits a partir de un proceso de transformación y de superación de la opresión (Maton, 2008).

Por otra parte, la IAP es un proceso continuo de acción e investigación, un trabajo educativo en el cual los grupos participan en la producción de conocimientos concretos sobre su propia realidad. Ese trabajo educativo es desarrollado en su contexto socioeconómico y cultural. La IAP como método pedagógico de acción se cohesiona con el concepto de “Educación Popular”, del cual Paulo Freire es su máximo representante. La IAP ofrece mucho más que unas técnicas o métodos fijos; es un proceso continuo de propuestas que deben ser desarrolladas en relación con cada uno de los casos concretos que afronta (Fals Borda, 1990).

Por lo anterior, al intentar desarrollar el empoderamiento, es indispensable trabajar sobre la IAP, la cual se relaciona directamente con ideas de empoderamiento y liberación desarrolladas por Paulo Freire (citado por De Vos et al., 2009), quien definió a la educación popular como un diálogo que implica un trabajo respetuoso entre ambas partes, en lugar de una actuación de una parte sobre la otra. Además, su propuesta de educación está orientada a la acción.

Asimismo, el rol del profesional supone la ruptura del binomio clásico de sujeto y objeto de investigación. Aquí todos son sujetos y objetos de investigación; tanto el profesional como los participantes forman parte de un sistema social en el que se genera un conocimiento basado en un proceso de influencia mutua. Esta situación permite crear una agenda compartida para descubrir, comprender y facilitar los procesos de transformación que demanda la comunidad. La participación de la comunidad en este proceso de investigación-acción no sólo representa una posibilidad en sí misma para tomar decisiones que afectan su vida colectiva, sino que constituye el mecanismo que permite hacer realidad el derecho de todas las personas a ser sujetos de historia; es decir, sujetos de los procesos específicos que cada grupo desea para mejorar la vida de su comunidad. “La finalidad última de la intervención, es que la comunidad sea la autogestora del proceso de transformación, que se apropie de él, y que tenga un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) de este proceso” (Musitu y Buelga, 2004, p. 171).

El GCCS ha desarrollado estudios de investigación con la comunidad guapireña, donde ha logrado identificar diversas necesidades como falta de autorreconocimiento en las mujeres, generación de empleo y la satisfacción de necesidades de la familia (Barreto, 2014), que justifican un trabajo de empoderamiento comunitario. El municipio de Guapi está ubicado al suroccidente del departamento del Cauca, Colombia y comprende un área de 2.681 km². Es el segundo departamento de Colombia que presenta mayores Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con un 42.8%, como reporta el Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2008). Los guapireños tienen raíces africanas, mantienen una estrecha relación persona-naturaleza, y se caracterizan por su alegría. En el área urbana se puede encontrar algunas casas de materiales de construcción convencional, pero priman las de madera y palafitos. No todas cuentan con los servicios públicos. En términos de salud responden a una cosmovisión de predominio sobrenatural. En comparación con Colombia, el municipio muestra que sus finanzas están por debajo del promedio nacional para el periodo analizado. Frente al porcentaje de Ingresos Corrientes de Libre Destinación (ICLD) destinados a funcionamiento, el municipio muestra un comportamiento desfavorable, ya que a inicios del periodo analizado eran del 89% y a 2011 alcanzó el 108%, lo que manifiesta que los gastos son mayores que los ingresos, por lo que el municipio no tiene capacidad de ahorro.

Entre las principales actividades económicas que caracterizan a la región se halla: pesca artesanal, agricultura, minería, caza, recolección y aprovechamiento forestal, que constituyen las fuentes más próximas para procurarse ingresos económicos, al igual que el comercio formal e informal. Como es de notar, la economía del municipio se basa en el sector primario. De acuerdo con el Ministerio de Trabajo, este municipio tiene necesidades de formación en: construcción de tejido social (confianza, perspectiva de género, factor C), identidad, economías sociales y solidarias, sentido de pertenencia, formulación y ejecución de proyectos, fortalecimiento organizativo y valoración del patrimonio, entre otros.

En este artículo se pretende describir el empoderamiento comunitario alcanzado desde la IAP en la creación de cinco microempresas en Guapi, Cauca, en el año 2015.

2. Metodología

Estudio descriptivo cualitativo de IAP. Se usó como herramienta el diario de campo. Muestra por conveniencia de 30 líderes comunitarias del municipio de Guapi-Cauca que participaron en la creación de 5 microempresas comunitarias mediante acciones de cuidado adaptadas a su contexto cultural.

La creación de microempresas se enmarca en un Centro de Desarrollo Humano Comunitario creado en el municipio de Guapi-Cauca. La orientación y construcción de las cinco microempresas fue orientada por dos profesionales de enfermería y dos docentes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con previo entrenamiento en competencia cultural, que permitió desarrollar adecuadamente la metodología y generar una estrategia de capacitación adaptada culturalmente.

Fueron considerados los cuidados éticos para un estudio de riesgo bajo, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1993). Se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Los participantes firmaron el consentimiento informado y los hallazgos generales del programa fueron presentados a la comunidad guapiense. Los actores políticos y sociales hicieron diversos compromisos para apoyar esta población en situación de vulnerabilidad. Dado que durante las visitas se encontró problemas de salud a nivel físico y psicológico, se hizo remisiones al Instituto de Bienestar Familiar, al Empresa Social del Estado Guapi y a la alcaldía municipal.

3. Resultados

Los resultados son presentados con base en las etapas de la IAP planteadas por Martí (2012).

Etapas de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto

El GCCS ha desarrollado proyectos de investigación y extensión con la comunidad del municipio de Guapi-Cauca desde el año 2008, donde ha logrado caracterizar las familias, identificar sus necesidades e iniciar un trabajo con los adultos mayores en situación de discapacidad, adultos mayores independientes, niños y mujeres, y ha identificado la necesidad que tienen las familias de ser felices, motivo por el cual planteó un proyecto denominado “Centro de Desarrollo Humano Comunitario en Guapi-Cauca, trabajando unidos como hormigas para echar pa’lante”.

Etapas de Diagnóstico

Basados en las condiciones del municipio, se realiza un análisis con la comunidad sobre los aspectos que cada miembro de la familia necesita para ser feliz, apoyados en un Modelo de evaluación de Atención primaria en salud, donde participó: Grupo IAP: conformado por 4 líderes comunitarias.

Comisión de seguimiento: conformada por dos profesionales de enfermería y dos profesoras asociadas de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con competencia cultural; y estudiantes de pregrado y de posgrado de enfermería del semillero del GCCS.

Este proceso de diagnóstico tuvo una duración de cuatro meses, donde al considerar de manera individual cada miembro de la familia, se identificó que los hombres y mujeres de la familia, para ser felices, buscan la felicidad de sus hijos brindándoles alimentación, vestuario, educación, vivienda, recreación, etc., lo cual es “difícil” para ellos porque necesitan autorreconocer sus habilidades y capacidades y que haya generación de un empleo. Lo anterior es representado en frases como: “...yo no pude estudiar más, entonces por eso no me dan trabajo...” (CS); “...el dinero es muy importante aquí, porque con qué le da uno comida a sus hijos...” (LB); “...yo no sé hacer muchas cosas y no tengo empleo...” (YR).

Sin embargo, al examinar los resultados, según los diferentes miembros de las familias, es necesario un autorreconocimiento, pues los niños buscan el afecto de sus padres, representado en besos y abrazos; los adultos mayores buscan el reconocimiento de su familia y sus tradiciones, y las mujeres y hombres pretenden el reconocimiento de otros para obtener un empleo que contribuya a obtener dinero para el sustento de sus hijos.

En esta etapa se logra una identidad comunitaria a través del sentimiento de pertenencia a la comunidad y un conocimiento comunitario a través del conocimiento general de la comunidad de las problemáticas, los servicios, recursos y equipamientos de la comunidad.

Etapas de Programación

Después de efectuar el diagnóstico con la comunidad, éste se presenta y es aceptado por cada uno de ellos, y se continúa con el trabajo de campo con el apoyo de la Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR con el fin de dar posibles soluciones a los problemas y necesidades identificadas a través de grupos de discusión, tratando de promover la participación de representantes de la comunidad del municipio de Guapi. Las conclusiones tomadas de estos grupos de discusión son retornadas y discutidas en la Comisión de Seguimiento.

Durante el proceso se planteó varias técnicas y estrategias didácticas, algunas más apropiadas que otras, por lo cual fue necesario que cada una de las actividades planteadas fueran adaptadas culturalmente con el fin de abrir espacios apropiados de interacción e intercambio de saberes entre las personas que llevarían a cabo la capacitación, iniciando así con una participación individualizada, la cual de acuerdo con los planteamientos de IAP es una técnica mucho más útil en contextos en los que el tejido organizado es muy débil, como es el caso del municipio de Guapi, en el que si bien existen grupos organizados, esto es, a nivel político.

A continuación se mencionan los resultados de empoderamiento de las personas participantes de cada uno de los aspectos realizados para la construcción de esta etapa de planeación:

- **Se devuelve la información a las familias para confirmar los datos.** Esto permitió que las personas que participan del proceso de identificación y verificación del diagnóstico de necesidades, empezaran a responsabilizarse en la toma de decisiones y a trabajar en equipo; es decir, a asumir tareas y compromisos de forma consciente, voluntaria y realista.
- **El grupo IAP y la comisión de seguimiento evalúan los datos e inician la construcción de una estrategia de capacitación:** *Centro de Desarrollo Humano Comunitario. En Guapi Cauca, trabajando unidos como hormigas por nuestros sueños*, cuyo objetivo fue el desarrollo del empoderamiento de la comunidad para alcanzar la felicidad de las familias. Esta construcción conjunta con las familias permitió un reconocimiento de las personas participantes en el proceso, al considerarse como interlocutores válidos y actores participantes en su comunidad, con capacidad para contribuir a mejorar la condición de vida de las familias de su municipio, lo cual también posibilitó alcanzar autonomía al vencer la timidez y lograr capacidad de mostrarse en público sin temor, al trabajar la autogestión.
- **Capacitación a 30 personas integrantes de 30 familias de la comunidad, a través de educación popular.** El proyecto de capacitación se estructuró en tres módulos básicos: 1. Desarrollo de capacidades y habilidades; 2. Liderazgo y gestión de recursos; 3. Desarrollo de proyectos. Cada líder comunitario, como se denominó a cada miembro de la familia participante, al finalizar la capacitación, logró autonomía al realizar iniciativas y autogestión relacionadas con adquisición de habilidades, toma de decisiones y gestión de recursos. En segundo lugar, a nivel comunitario se logró trabajar en equipo, consiguiendo capacidad de comunicación, organización de la comunidad con la participación de personas y grupos, lo mismo que facultad para participar en redes de trabajo con alcaldía, secretaría de educación, recreación y cultura.
- **Propuesta y desarrollo de proyectos:** Creación de cinco (5) microempresas que contribuyen a la creación de empleo, autorreconocimiento e identidad cultural, pues cada microempresa cuenta con una razón social, productos para vender y función social, como se muestra en la Tabla 2. A través de la construcción de estas microempresas los líderes reconocen sus habilidades y capacidades, gestionan sus propios recursos para continuar con el desarrollo de sus microempresas a través de proyectos, y encuentran una forma de empleo que les apoya en ese proceso para alcanzar la felicidad de sus familias.

Tabla 1. *Relación de Microempresas*

Microempresa	Función social	Productos
1. Fuerzas amigas	Contribuir con el reciclaje	Venta de límpido y ambientadores.
2. Mujeres emprendedoras	Seguridad alimentaria-huerta casera	Venta de pollos.
3. Krosticoco	Identidad cultural	Venta de dulces y bebidas típicas.
4. Instrumentos y artesanías del pacífico	Identidad cultural	Venta de instrumentos y artesanías.
5. Repostería Mi Pacífico	Identidad cultural	Venta de postres y pasteles típicos.

- **Encuentros intergeneracionales:** se contó con la participación de 100 niños y 20 adultos mayores. Se desarrolló un total de 10 encuentros intergeneracionales que permitieron a las líderes adquirir el reconocimiento de otros e iniciar un proceso de empoderamiento a los otros miembros de la familia (niños y adultos mayores) a través del fortalecimiento de la identidad cultural, reconocimiento de sus habilidades y capacidades para el desarrollo de su municipio, fundamentalmente en aspectos como el reciclaje y la seguridad alimentaria. Con estos encuentros se logra promover una organización comunitaria para el desarrollo de una feria micro-empresarial y grupos de apoyo para el mejoramiento de las microempresas.

Etapas de conclusiones y propuestas

La IAP y la educación popular lograron que las personas se empoderaran, asumieran tareas y compromisos de forma consciente y voluntaria, se formaran como líderes, considerándose y reconociendo a los otros como participantes significativos en la toma de consciencia de las problemáticas del municipio y resolución de los mismos.

Tabla 2. *Evaluación del Empoderamiento en los participantes en el “Centro de Desarrollo Humano Comunitario. En Guapi Cauca, trabajando unidos como hormigas por nuestros sueños”*

Etapas IAP	Variable	Indicador	Descriptor
1.Etapa de Diagnóstico	Autorreconocimiento	Satisfacción, Seguridad.	“De mí, aprendí que tengo agili- dades para hacer las cosas y me siento feliz” (YB). “.. Yo sé que puedo hacer cosas por mi familia, pero necesito el apoyo de otros...” (YR).
	Identidad comunitaria	Sentimiento de pertenencia a la comunidad o al grupo.	“...De mí, aprendí que mis cono- cimientos y sentimientos son una manera de inspiración para cada actividad que se vaya a desarro- llar en mi comunidad...” (MR).
	Conocimiento comunitario	Conocimiento general de la co- munidad, problemáticas y orga- nizaciones.	“...Sabemos que tenemos mu- chas problemáticas, pero si nos unimos podemos hacer algo...” (CA).

2.Etapa de Programación	Autonomía	Iniciativas	"...Hoy aprendí que con lo que se recicla se puede dar otra segunda oportunidad para proteger el medio ambiente..." (CA).
		Autogestión	"...No necesitamos a otros para hacer las cosas; cada uno podemos avanzar con nuestras capacidades y habilidades..." (CC).
	Responsabilidad	Asumir tareas y compromisos voluntariamente	"... en el grupo cada uno sabe cuál es su rol, y tiene compromisos para que esta microempresa funcione..." (MR).
	Autorreconocimiento	Seguridad, Satisfacción	"...A través de la capacitaciones he ido avanzando o despertando mis dones, y mis sueños han salido a flote para sacar adelante mis sueños... siento satisfacción por lo alcanzado" (AO).
	Trabajo en equipo	Capacidad de comunicación	"...Soy capaz de dialogar, compartir ideas con mis compañeras, y también interactuamos..." (AO).
		Rol proactivo en trabajo en equipo	"...Aprendí a ser interdependiente para trabajar más en equipo con mi grupo..." (DV).
	Organización de la comunidad	Participación de personas y grupos, Capacidad de la comunidad para organizarse.	"...Hoy aprendí que sí puedo dialogar con las compañeras y sacar mis propias conclusiones, y me puedo poner de acuerdo con cualquier cosa que vaya a desarrollar..." (CA).
	Identidad cultural	Sentimiento de pertenencia a la comunidad y al grupo.	"...hay cosas que desechamos que pueden ser útiles, como las botellas de agua o de gaseosa, con los pitillos. Con las hojas que reciclamos se puede hacer muchas cosas para nuestro beneficio y el de la comunidad, y enseñarles a otras personas..." (DV).
	3. Etapa de Conclusiones y propuestas	Evaluación personal, Evaluación de procesos.	Capacidad de autoevaluación, Capacidad de evaluación.
		Aprendizajes	Desarrollo de capacidades

El hecho de tener conocimiento de que en Guapi predominan formas de relación comunitaria que se centran en la entrega de recursos por parte del municipio, para resolver algunas necesidades inmediatas de la comunidad, creó la conciencia de formar líderes capaces de aprender a gestionar proyectos para trabajar por la comunidad.

Esto precisó de un trabajo intenso en la formación de líderes guapireñas, de forma virtual y presencial, para conseguir la organización de cinco microempresas comunitarias y una participación centrada en obtener recursos que ayuden a la sobrevivencia de la población. Todo este proceso implementado con la IAP y la educación popular, facilitó el empoderamiento de las líderes, quienes participaron desarrollando identidad cultural; después, la contribución en la capacitación y desarrollo de las microempresas facilitó el florecimiento de capacidades, autogestión y formación de líderes, que permite retroalimentar relaciones de cooperación y solidaridad comunitaria. Cada una de las microempresas responde a una necesidad de la comunidad y establece un compromiso social.

Se propone continuar con el proceso de empoderamiento en el terreno organizacional, dado que éste requiere de un tiempo más largo para ser adquirido, y de gestiones que se ha ido adelantando por parte del GCCS y los propios líderes capacitados. Adicionalmente, es importante transmitir este proceso de empoderamiento a otras personas de las familias, de tal manera que se contribuya a alcanzar la felicidad familiar.

4. Discusión

Existen numerosas perspectivas y aproximaciones conceptuales a la Evaluación Participativa (EP) y a los significados y sentidos que ésta puede tener. En todos los casos, supone un cambio de perspectiva en los modelos de evaluación, planteándose como un proceso de aprendizaje individual y colectivo (Soler, Planas, Ciraso-Calí y Ribot-Horas, 2014).

El enfoque del empowerment defiende como principios básicos no sólo una potenciación de los recursos o la necesidad de adoptar una visión ecológica, sino también el derecho de las personas a ser diferentes. Por tanto, la diversidad es otro de los principios asumidos por éste. Relacionado con este principio, se aboga también por la relatividad cultural. Aceptar los principios de relatividad cultural implica comprender cómo las personas construyen su realidad; es decir, cómo organizan e interpretan el mundo en donde viven y su vida cotidiana. El ser humano, el grupo, la sociedad, están inmersos en un mundo de objetos y de relaciones cuyo significado emana fundamentalmente del modo en que han sido definidos por aquellos con quienes se ha interactuado (Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro, 2004). Por ello, puede ser de gran utilidad para mejorar propuestas y proyectos, que tengan como objetivo incidir en el fortalecimiento y la autonomía de las personas y comunidades. En definitiva, este proceso puede ayudar a reforzar enormemente el discurso y el valor de las acciones socioeducativas y el trabajo comunitario (Soler et al., 2014).

Al incorporar nuevos actores sociales, se incluye la diversidad, y esto supone una posición ética básica para poder llevar a cabo la IAP, donde el respeto mutuo entre los participantes internos y externos, permite que se conozcan y aprendan a trabajar juntos, y descubran las idiosincrasias, capacidades, fortalezas y debilidades de unos y otros, como un proceso de aprendizaje individual y colectivo, que puede contribuir al empoderamiento (Soler et al., 2014), aunque, tal como apuntan Suárez-Balcázar y Harper (2004), no todas las evaluaciones participativas son empoderadoras, sino sólo aquellas que se focalizan sobre la transferencia de habilidades y la construcción de la capacidad de evaluación de sus participantes. Así, el empoderamiento sugiere un incremento de poder, el acceso al uso y control de los recursos materiales y simbólicos y la participación en el cambio social (Soler et al., 2014). La participación refleja la unión colectiva de los integrantes del grupo. Una vez los integrantes de estos grupos hayan alcanzado una toma de conciencia organizativa, sus acciones serán concluidas con unidad y disciplina. La persona participativa estimula el desarrollo de sí misma y de la comunidad. Esa comunidad es para el sujeto participativo, un núcleo organizativo que posee una conciencia sobre la participación de sus habitantes (Obando-Salazar, 2006).

La IAP, como método, tiene como metas el desarrollo y fortalecimiento de la toma de conciencia, la capacidad reflexiva, participativa, la capacidad de trabajo organizado en grupo y el fortalecimiento del comportamiento político (Obando-Salazar, 2006).

La teoría del empowerment trata de analizar, explicar y fomentar los procesos de participación ciudadana y movimientos sociales, vinculando el conjunto de condiciones personales y sociales que hacen posible la participación con el bienestar de las personas (Musitu y Buelga, 2004). Montero (2004) señala que el

fortalecimiento se apoya en la presencia de los procesos comunitarios tales como la participación, la toma de decisiones, el crecimiento individual y el compromiso, aspectos claramente reflejados en el proceso desarrollado con los líderes comunitarios en Guapi-Cauca.

En una investigación realizada en la Universidad de Deusto en España (2013), el equipo investigador revela que al realizar proyectos de IAP y empoderamiento, se busca incrementar las fortalezas de los participantes y eso lleva a un aumento en el conocimiento de su capacidad personal para actuar, permitiéndoles desarrollar un mayor sentido de pertenencia, aspectos que representaban una necesidad de las familias del municipio y que fueron alcanzados de acuerdo con los resultados de este estudio.

5. Conclusiones

El desarrollo del empoderamiento comunitario en las líderes del municipio de Guapi-Cauca y la construcción de microempresas contribuye, en general, a dar respuesta a dos necesidades básicas de la comunidad: el autorreconocimiento de sus capacidades y habilidades, y el empleo para el sostenimiento de su hogar. Es importante seguir fortaleciendo este proceso para que estas personas participen en la toma de decisiones de organizaciones de tipo político.

Las acciones de implementar y evaluar programas de Atención Primaria en salud con poblaciones vulnerables deben estar basadas en aspectos como la competencia cultural y el empoderamiento de la comunidad, consiguiendo que las líderes empiecen por descubrir sus propias habilidades, aprendan a tomar decisiones y a tener confianza en sí mismas, para lograr que participen en el planteamiento de soluciones a conflictos y necesidades de sus familias y comunidades.

Finalmente, la IAP y la educación popular contribuyeron para que los líderes comunitarios participantes reconocieran sus propias capacidades y habilidades en la construcción de su microempresa y participación en todo el proceso de diagnóstico, programación, conclusiones y propuestas, lo que les permitió afianzar sus conocimientos sobre las distintas problemáticas de su comunidad, y fortalecer el sentido de pertenencia. Por otro lado, se logró que empezaran un proceso de independencia de recursos del Estado, para autogestionar recursos para su microempresa. Cada uno de los aprendizajes durante el proceso requirió adicionalmente de los participantes trabajo en equipo, responsabilidad y autonomía, que se pretende sean trasladadas a sus familias como un proceso de contribución global del Centro de Desarrollo Humano Comunitario al municipio de Guapi-Cauca.

Referencias

- Barreto, Y. (2014). Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/40980/>
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil (Dir.), Psicología social y bienestar: una aproximación interdisciplinar (pp. 154-173). Universidad de Zaragoza. Recuperado de: https://www.uv.es/lisis/sofia/sofia_empower.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2008). Censo general 2005. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Pérez, D., Lefèvre, P. y Van der Stuyft, P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/41204171_Participacin_y_empoderamiento_en_la_atencion_primaria_en_salud_desde_Alma_Atata_hasta_la_era_de_la_globalizacin
- Equipo de Investigación en Gerontología. (2013). Un proyecto de investigación-acción participativa con personas mayores de Biskaia en el ámbito del empoderamiento personal y comunitario (Participación ciudadana). Biskailab, Universidad de Deusto. Recuperado de <http://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2013/06/UNPROYECTO-DE-INVESTIGACI%C3%93N-ACCI%C3%93N-PARTICIPATIVA-CON-PERSONAS-MAYORES-DE-BIZKAIA-EN-EL-%C3%81MBITO-DEL-EMPODERAMIENTO-PERSONAL-Y-COMUNITARIO-PARTICIPACI%C3%93N-CIUDADANA.pdf>

- Fals Borda, O. (1990). La investigación: Obra de los trabajadores. Dimensión Educativa. *Revista Aportes*, 20, 9-16.
- Krause, M., Velásquez, E., Jaramillo, A., Torres, A., Turró, C., Ramírez, M., Bustamante, I. y Carvacho, H. (2009). De destinatarios a pares: el desafío de trabajar con comunidades empoderadas. En: Vázquez, C., Pérez, M., Figueroa, M. y Pacheco, W. (Eds.). *Psicología comunitaria internacional: Agendas compartidas en la diversidad* (pp. 178-201). Puerto Rico: Ed. UPR.
- Martí, J. (2012). La investigación - acción participativa. Estructura y fases. Recuperado de: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_JMarti_IAPFASES.pdf.
- Maton, K. (2008). Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 4-21.
- Montero, M. (2004). El fortalecimiento de la comunidad, sus dificultades y alcances. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 5-19.
- (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación. En Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (Eds.). *Introducción a la psicología comunitaria*, (167-195). Barcelona: UOC.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Universidad del Estado de Michigan. (2003). Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Libros de la CEPAL No. 71. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2324/S029693_es.pdf?sequence=1
- Obando-Salazar, O. (2006). Participant Action Research in Political, Psychological and Gender Studies. Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung 7, 4. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/164>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-21. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00896357#page-1>
- República de Colombia, Ministerio de Salud. (1993). Resolución N° 8430 de 1993 "Por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Bogotá D.C. Recuperado de: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Soler, P., Planas, A., Ciraso-Calí, A. y Ribot-Horas, A. (2014). Empoderamiento en la comunidad. El diseño de un sistema abierto de indicadores a partir de procesos de evaluación participativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 24. Recuperado de http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/841
- Suárez-Balcázar, Y. & Harper, G. (Eds.). (2004). Empowerment and participatory evaluation of community interventions: Multiple benefits. New York: Routledge.
- Zambrano, A., Bustamante, G. y García, M. (2009). Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: Un Análisis de Interfaz en dos localidades de la Región de la Araucanía. *Psyke* 18(2), 65-78

Bibliografía

- Freire, P. (1987). *La educación como práctica de la libertad* (37ª ed.). México: Siglo XXI.
- (1988). *Pedagogía del oprimido* (11ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- República de Colombia, Ministerio de Trabajo. (s.f.). Perfil productivo. Municipio de Guapi. Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. Recuperado de: file:///C:/Users/YENNY/Downloads/perfil_productivo_guapi.pdf

Validez y confiabilidad de una Escala de Cuidado Profesional en español

Lucy Marcela Vesga Gualdrón¹

Resumen

La Escala de Cuidado Profesional, Versión española, es derivada de la Escala de Cuidado Profesional (CPS, por sus siglas en inglés) de la Dra. Swanson y permite la medición del cuidado en un ambiente ambulatorio y hospitalario. El Objetivo del presente trabajo es determinar su validez y confiabilidad en la atención ofrecida a las mujeres gestantes en una localidad de la ciudad de Bogotá D.C, Colombia, en el año 2011.

El Método es un estudio metodológico donde se aplicó pruebas para la validez facial con una muestra heterogénea de 471 mujeres con un nivel académico bajo. La validez de contenido fue realizada por un panel de 11 enfermeras expertas, quienes juzgaron la importancia de los ítems. La validez de constructo y la confiabilidad se llevó a cabo con una muestra de 150 mujeres gestantes que acudían al control prenatal.

Los Resultados indican que la comprensibilidad bruta superó el 94%. Reveló una validez de contenido con un índice de validez de contenido global de 0.893. Mostró un Alfa de Cronbach de 0,907. El constructo reconoce en su estructura teórica dos factores: Sanador compasivo y Sanador Competente.

Como Conclusiones se tiene que la Escala es altamente comprensible, con gran validez de contenido, de acuerdo con el criterio de expertos, con un alto nivel de confiabilidad, y mide el constructo del cuidado profesional.

Palabras clave: Atención de enfermería, Enfermería Obstétrica, Investigación Metodológica en Enfermería.

Validity and reliability of a Caring Professional Scale in Spanish

Abstract

The Caring Professional Scale, Spanish version, is derived from Dr. Swanson's Caring Professional Scale (CPS) and allows measure the care in the hospital setting. The aim of this study is to determine the validity and reliability of care offered to pregnant women in Bogota, Colombia, in 2011.

It is a methodological study where the facial validity tests with a heterogeneous sample of 471 women with low education was applied. Content validity was conducted by a panel of 11 expert nurses who judged the importance of the items. Construct validity and reliability was conducted with a sample of 150 pregnant women attending antenatal care.

Results indicate that gross comprehensibility exceeded 94%. It revealed a content validity index of global content validity of 0.893. It showed a Cronbach's alpha of 0.907. The construct recognizes two factors in its theoretical structure: Compassionate Healer and Competent Healer.

Conclusions show that the scale is highly understandable, with great content validity, according to expert judgment, with a high level of reliability, and measures the construct of professional care.

Key words: Nursing Care, Obstetric Nursing, Nursing Methodology Research.

¹ Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la salud materno-perinatal. Becaria Colciencias para estudios de Doctorado. Correo electrónico: imvesgag@unal.edu.co

1. Introducción

De acuerdo con las estadísticas mundiales y locales, el panorama de la salud materno-perinatal, a pesar del desarrollo científico y tecnológico, sigue siendo insatisfactorio, como sostienen Barros, Ronsmans, Axelson, Loaiza, Bertoldi, França, et al. (2012). Uno de los elementos importantes que contribuyen a la reducción de las muertes maternas es asegurar la disponibilidad y acceso a servicios y cuidados de calidad (Basso y Monticelli, 2010; y Cáceres-Manrique, 2009). Otra consideración de gran importancia que debe exaltarse es que la calidad, cobertura, accesibilidad y gratuidad de la atención prenatal, impactan positivamente las cifras de mortalidad, de forma independiente al mejoramiento de los indicadores económicos de cada país (Pazmiño y Guzmán-Gómez, 2009).

La estrategia del control prenatal muestra beneficios en la salud materna, perinatal e infantil (Jiménez y Pentón, 2015; Ching-Ming, Shuenn-Dyh; Po-Jen, 2012). Hay estudios que muestran que las mujeres no usan los servicios de este control, si consideran que han sido tratadas sin respeto, si no responden a sus necesidades, o si éstos no son de calidad aceptable (Fair y Morrison, 2012). En ese sentido Cáceres-Manrique (2009) refiere que no todas las mujeres asisten al servicio, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con él. En la adherencia de las gestantes se reconoce la necesidad de la relación profesional adecuada, que propenda por la adherencia de las madres gestantes. Durante la gestación, son determinantes el cuidado de enfermería y el acompañamiento permanente que se ofrece a la gestante (Butler, Sheehy, Kington, Walsh, Brosnan, Murphy, et al. (2015).

Basso y Monticelli (2010), Butler et al. (2015) y Duarte, De Andrade y Villela, (2011) aseguran que se identifica como una necesidad urgente, la medición de la percepción que tienen las madres, sobre el cuidado profesional de Enfermería en la atención del control prenatal. Por tanto, es necesario que el instrumento de medición que existe para ello, cumpla con las medidas de confiabilidad y validez establecidas para tal fin (Cardoso, Gómez-Conesa e Hidalgo, 2010).

La escala empleada es la adaptación en español de la CPS creada por la Dra. Kristen Swanson (Posada-Morales y Ruíz, 2013), que contiene pruebas de validez de constructo y consistencia interna, y su sustento teórico es la teoría de mediano rango “Teoría de los Cuidados” de la misma autora (Tomey, 2008). La adaptación transcultural que presentó una versión en español se realizó en el 2011 y adecuó la escala al cuidado de la mujer gestante (Posada-Morales y Ruíz, 2013).

2. Metodología

La investigación se desarrolló con un diseño metodológico que empleó pruebas para la validez facial, de contenido, constructo y consistencia interna (González-Ortega 2011 y 2008). Para realizar la validez de contenido se empleó la prueba conocida como prueba de expertos, con la cual los panelistas realizaron una evaluación, teniendo en cuenta el modelo que valoró cada ítem en tres categorías: ‘Esencial’, ‘Útil pero no esencial’ y ‘No necesario’, definido por Lawshe y modificado por Tristán-López (2008).

Se contó con el concepto de 11 expertas; se realizó los ajustes sugeridos por ellas y se procedió a refinar la Validez Facial, empleando para ello una muestra de 471 mujeres -Confianza del 97% y Error del 5%- de diversas edades y condiciones socio económicas, educativas y culturales, abordadas en un centro de reclusión carcelario y algunos colegios de bachillerato. Se midió la comprensibilidad de los ítems.

Los criterios de inclusión para esta fase de la investigación fueron: Ser mujer, Saber leer y escribir en idioma español.

Los resultados mostraron baja comprensión de los ítems 2, 11 y 12. Por tanto se calculó una nueva muestra de 104 mujeres de las mismas características, para evaluar la comprensibilidad de estas preguntas, luego de algunos cambios semánticos.

Una vez se dispuso de una Escala con un contenido apropiado y una fácil comprensión de cada pregunta, se aplicó a 150 mujeres gestantes. Se tuvo en cuenta la sugerencia de encontrar un número dentro del rango recomendado, definido como, de cinco a veinte participantes por el número de ítems del cuestionario

validado (Montero, 2013; Hungler y Polit, 2000). Se seleccionó el punto intermedio de participantes por cada ítem de la escala. Se efectuó inicialmente una aplicación de la escala con una opción de respuesta dicotómica de 'Sí' o 'No', de acuerdo con la adaptación transcultural y semántica realizada en el 2011 a la CPS (Posada-Morales y Ruíz, 2013).

Se recogió una muestra de 150 mujeres gestantes; se aplicó Análisis Factorial mediante extracción de componentes principales; los resultados reflejaban datos muy uniformes que no permitían identificar el constructo de la escala. Al respecto, se hizo la siguiente consideración: la escala original presenta una opción de respuesta tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta. La escala adaptada al español sometió a valoración de las gestantes, la mejor opción para responder la escala, motivo por el cual, cambió la forma original de respuesta.

La investigadora realizó una segunda aplicación de la escala en una nueva muestra de 150 mujeres gestantes que acudían a su control prenatal, empleando esta vez, una escala de respuesta de cuatro opciones: 'Siempre', 'La mayoría de las veces', 'Algunas veces sí y algunas veces no', y 'Nunca'. Los criterios de inclusión fueron: Ser mujer gestante, sin importar su edad cronológica, gestacional, o su paridad, Acudir al control prenatal por Enfermería en el primer semestre del año 2013 en la localidad de Engativá en la ciudad de Bogotá D.C., Saber leer y escribir en idioma español.

El criterio de exclusión general empleado para la investigación fue presentar discapacidad mental o cognitiva. Ante la sospecha de esta situación, se dispuso de una escala para realizar el diagnóstico y excluir a la participante.

3. Resultados

La validez de contenido se refiere a que los aspectos medidos en la Escala, estén relacionados directamente con el concepto de cuidado profesional (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), determinados a través de la prueba de expertos descrita por Hungler y Polit (2000), en la cual participaron once expertas del área del cuidado o cuidado materno perinatal.

Esta selección obedeció a que la Escala original está diseñada para evaluar la relación de cuidado entre profesional-paciente en cualquier contexto donde ésta se establezca; sin embargo, la adaptación al español contempla una relación en el entorno del cuidado a la mujer gestante. Su número nutrido de convocadas fue una medida para asegurar la pluralidad de criterio. Las panelistas escogidas tenían diversidad de formación académica: universitaria, de especialización, de maestría y doctorado. Las expertas que poseían formación universitaria, eran enfermeras clínicas con más de veinte años de experiencia en instituciones reconocidas por su desempeño.

Antes de realizar los análisis para obtener el índice de validez de contenido, se aplicó el índice denominado Kappa de Fleiss, que tuvo como objetivo, evaluar la concordancia del acuerdo de las expertas que efectuaron una evaluación categórica de la escala (Cerdeña y Villarroel, 2008). Ésta es una medida importante que disminuye el error de medición, que en la mayoría de los casos es producto de la variabilidad inter-observador, cuya magnitud es posible de estimar a través de los llamados 'Estudios de concordancia', los cuales tienen como objetivo valorar hasta qué punto dos o varios observadores coinciden en su medición (Cerdeña y Villarroel, 2008).

De acuerdo con lo referido por Landis y Koch en 1977 (citados por Blanco-Sánchez, 2014) respecto a la interpretación de los valores del coeficiente Kappa encontrados en el presente análisis, se considera que la fuerza de concordancia inter-evaluador es Moderada: 0.41 a 0.60.

Teniendo en cuenta lo anterior y las observaciones generadas por los expertos, analizadas subjetivamente, se decidió efectuar un ajuste semántico a cinco de las preguntas que reportaron menor nivel de acuerdo, y a su vez las más sometidas a juicios y observaciones. Las preguntas ajustadas fueron los ítems: 5, 6, 8, 9 y 12. Una vez ajustado el fraseo de las preguntas, éstas fueron enviadas nuevamente para evaluación del panel de expertos, que en esta ocasión sólo fue atendido por diez de las once expertas que conformaron el panel inicial. Una vez captadas las respuestas, se procedió a realizar un nuevo cálculo del coeficiente Kappa que, en efecto, mejoró el valor, pero seguía reflejando una fuerza de concordancia moderada: 0.4604.

Verificada la fuerza del acuerdo de los evaluadores, se elaboró el cálculo del índice de validez de contenido de Lawshe, modificado por Tristán-López (2008). De acuerdo con Hungler y Polit (2000), se logra una alta validez de contenido cuando se consigue un Índice de Validez de Contenido Global (IVCG) de 0.80. (Tristán-López, 2008).

La Escala revela una alta validez de contenido con un IVCG de 0.893 y una validez por cada una de las dimensiones que supera los valores establecidos en la literatura. Puede observarse que sólo el ítem quince muestra un valor bajo para el análisis 0.7 y el ítem dos no alcanza un valor aceptable de validez de contenido, siendo establecido en el modelo de Lawshe, modificado por Tristán-López (2008) el valor mínimo como 0.5823 (González-Ortega, 2008; Tristán-López, 2008).

La Comprensibilidad Neta muestra dificultades de comprensión de los ítems 2, 11 y 12, que se encuentran muy cerca del 80% de comprensibilidad, nivel establecido por la investigadora como Mínimo, para concluir una adecuada comprensibilidad de la pregunta.

Se encontró en las observaciones que en el ítem 2 la palabra 'Optimista', se convertía en causa de incomprensión, así como en los ítems 11 y 12 las participantes referían no comprender la expresión 'Control Prenatal', de modo que fue necesario ajustar el fraseo de estos tres ítems.

Realizado el arreglo, se calculó una nueva muestra de participantes para realizar una nueva valoración de la comprensión de los ítems ajustados, esperando un nivel de comprensibilidad superior al 95%, con un error del 8%. De esta manera se estableció como 105, el número de participantes necesarias. Para desarrollar esta nueva valoración, se tuvo preferencia por las mujeres más jóvenes, las cuales fueron abordadas en Bogotá y Santander, los dos lugares de mayor procedencia, reportados en la prueba que antecedió.

3.1 Validez de Constructo: en primer lugar, se empleó las pruebas de adecuación muestral de la matriz de datos: Kaiser Meyeer Okin -Medida de la adecuación muestral- y Bartlett -Prueba de esfericidad-. En este caso KOM indica que las variables miden factores comunes, dado que el índice es superior a 0.847(Campo-Arias, Herazo y Oviedo, 2012; Díaz, Muñoz y De Vargas, 2012).

La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un P valor de 0.000, por tanto permite continuar con el análisis factorial (Campo-Arias et al., 2012; Díaz et al., 2012). Se procedió a aplicar el modelo de Análisis Factorial con extracción de componentes principales, se aplicó rotación de factores con el método Varimax, por las bondades en la claridad y generalización de los resultados (Campo-Arias et al., 2012).

Se encontró cuatro factores con auto-valores superiores a 1, pero la gráfica de sedimentación mostró el punto de inflexión en dos factores (Campo-Arias et al., 2012) con lo que se puede explicar cerca del 56% del constructo subyacente. Se observa una asociación de siete ítems en un factor y otro compuesto por los ocho restantes. Para esta aplicación de la CPS con respuesta de cuatro opciones, se puede ver que en el constructo yacen dos conceptos o sub-constructos, que son: Sanador Compasivo y Sanador competente.

3.2 Confiabilidad: se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach para establecer la consistencia interna. Esta medida asume que los ítems tienen un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch y Comer, 1988; Santos, Villela, Spadoti, De Souza y Villela, 2013). Cuanto más cerca se encuentre el valor del Alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados (Hungler y Polit, 2000; Santos et al., 2013). La consistencia interna de la CPS para la mujer gestante es de 0.907.

4. Discusión

En las pruebas métricas aplicadas fueron modificados siete de los quince ítems que integran la CPS, lo que representa una modificación del 46.6% de la misma.

Estas consideraciones llevan a pensar que si bien la escala con propiedades métricas que se reporta en los resultados de la presente investigación es una CPS que se soporta en la teoría de mediano rango del cuidado para el bienestar del otro y que tiene los conceptos fundamentales de la CPS de Swanson, no puede considerarse meramente como una adaptación de la versión en inglés, sino como una escala derivada de la escala de autoría de la Dra. Swanson, que mide cuidado profesional en el contexto cultural colombiano.

Si se repara en la versión original en inglés, la escala es un inventario de comportamientos y/o actividades, mientras que la versión en español, organiza la idea principal de cada ítem y la transforma en una pregunta que sea comprensible en el contexto cultural colombiano, y que evalúa cualquier relación de cuidado que se establezca.

Debe contemplarse que la sub-escala ‘Sanador Compasivo’ en la escala original presenta 8 ítems y la sub-escala ‘Sanador competente’ presenta 7, situación contraria a la de la versión 2013 en español. En segundo lugar, las coincidencias de los ítems son de 4 en cada sub-escala. Sin embargo, a pesar de estas diferencias estadísticas, al realizar un análisis teórico de cada uno de ellos y su ubicación dentro de cada concepto, Compasivo o Competente, sólo se cuestiona el lugar en el que se ubica el ítem 9, el cual tiene un contenido teórico que apunta a agruparse con aquéllos de la sub-escala ‘Sanador competente’, pero estadísticamente se ubica en la sub-escala ‘Sanador Compasivo’, mostrando una carga factorial que supera el 0,6.

De la situación observada con este ítem puede pensarse, teniendo en cuenta la experiencia del investigador en la aplicación de la escala, que la influencia cultural afecta la interpretación de la pregunta, pues para algunas mujeres, el hecho de ‘estar preparada’, puede referirse a la disponibilidad de elementos, insumos, estado de ánimo o disposición de tiempo en la agenda del profesional, y no a la competencia clínica que posee para realizar su cuidado de enfermería.

Con lo anterior debe comprenderse que el idioma español es muy rico en interpretaciones de las palabras, y recordarse que la adaptación transcultural por la que ya pasó esta escala fue un proceso riguroso (Duarte et al., 2011). Éste puede ser el caso que también afecta la ubicación del ítem 10, que en el contexto cultural de la aplicación de la escala, ‘Brindar ayuda y colaboración’, puede interpretarse como la provisión de elementos, alimentos, medicamentos u otros, y no como la mera disposición a facilitar su bienestar durante la atención ofrecida.

A pesar de estas incoherencias estadísticas encontradas, se considera que la Escala Versión española, que cuenta con validez facial, validez de contenido, de constructo y pruebas de confiabilidad, mide de manera consistente el constructo ‘Cuidado Profesional’ y que reconoce que éste está integrado por dos factores o conceptos. Se recaba en la importancia de los hallazgos de la escala en cuanto a consistencia interna se refiere, el cual muestra un valor de 0,907 que es muy semejante al valor de consistencia interna que reporta la Dra. Swanson para la escala en versión original.

5. Conclusiones

La CPS derivada de la Escala de la Dra. Kristen Swanson, versión española 2013, es una escala con propiedades métricas, provista de las cualidades necesarias para ser empleada en futuras investigaciones. Es un instrumento que ha sido sometido, mediante la realización de una rigurosa investigación, a las pruebas de validez y confiabilidad que requiere para validar sus mediciones en el habla hispana y el contexto cultural colombiano.

Referencias

- Barros, A., Ronsmans, C., Axelson, H., Loaiza, E., Bertoldi, A., França, G., et al. (2012). Equity in maternal, newborn and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *The Lancet* 379. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60113-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60113-5/abstract)
- Basso, J. & Monticelli, M. (2010). Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(3), 390-397.
- Blanco-Sánchez, J. (2014). Validación de una escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores. *Revista Aquichán*, 14(3).
- Butler, M., Sheehy, L., Kington, M., Walsh, M., Brosnan, M., Murphy, M., et al. (2015). Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Revista Midwifery*, 31(4), 418-425.
- Cáceres-Manrique, F. (2009). El control prenatal, una reflexión urgente. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 165-170.

- Campo-Arias, A., Herazo, E. y Oviedo, H. (2012). Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 659-671.
- Cardoso, C., Gómez-Conesa, A. e Hidalgo, M. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32(6), 264-270.
- Cerda, J. y Villarroel, L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 54-58.
- Ching-Ming, L., Shuenn-Dyh, C. & Po-Jen, C. (2012). Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: Implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 51(4), 576-582.
- Díaz, L., Muñoz, A. y De Vargas, D. (2012). Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 20(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf
- Duarte, S., De Andrade, S. & Villela, M. (2011). Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery*, 27(2), 160-164.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Fair, C. & Morrison, T. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfactions among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44.
- González-Ortega, Y. (2008). Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Revista Aquichán*, 8(2), 170-182.
- (2011). Diseño, Validez y Confiabilidad del Instrumento de Observación "Indicadores de pericia de la enfermera". *Enfermería Universitaria*, 8(1), 41-48.
- Hungler, B. y Polit, D. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (6a. ed.). México: McGraw-Hill, Interamericana de México.
- Jiménez, S. y Pentón, R. (2015). Mortalidad Perinatal. Factores de riesgo asociados. *Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1), 2-6.
- Marriner, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6ª ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Montero, E. (2013). Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Portal de Revistas Académicas*, 27(114).
- Pazmiño, S. y Guzmán-Gómez, N. (2009). Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia 1994-2004. Cali, Colombia. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(1), 12-18.
- Posada-Morales, M. y Ruíz, C. (2013). Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). *Revista Aquichán*, 13(1), 104-117.
- Santos, P., Villela, F., Spadoti, R., De Souza, L. y Villela, M. (2013). Adaptación y Validación del 'Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care' para embarazadas brasileñas. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(3).
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37-48.
- Watson, J. (2002). Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. New York: Springer Publishing Company. *American Association of Critical-Care Nurses*, 13(4), 586.
- Welch, S. & Comer, J. (1988). Quantitative methods for public administration: techniques and applications. Universidad de Virginia: Brooks/Cole. Pub. Co.

Capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de los niños y las niñas con cáncer del servicio de Oncólogos de Occidente de Manizales

Sandra Milena Campiño Valderrama¹

Resumen

En el campo de la enfermería se ha realizado continuos estudios que evalúan la calidad de vida y problemática del cuidador del paciente en los diferentes procesos de la enfermedad, y particularmente, en aquéllos que intervienen en el cuidado y atención integral del niño con cáncer. Igualmente, se ha evaluado las intervenciones terapéuticas generadas desde el profesional de enfermería, su posible impacto o la efectividad de dichas intervenciones, con el fin de proporcionar un bienestar adecuado en la calidad de vida y la calidad de la atención del paciente y los familiares.

El requerimiento de satisfacer las distintas necesidades en el paciente, la adquisición de nuevas responsabilidades, el escaso apoyo social por hospitalización, las fases prolongadas del tratamiento que ocasionan ausentismo laboral, la pérdida de los recursos económicos, entre tantos otros factores, pueden originar alteraciones fisiológicas asociadas a cansancio y depresión, cambios en el sistema de confort, y son generalmente los padres, quienes tienen la responsabilidad de las decisiones desde el inicio del tratamiento, pues el cáncer impone estrictas e inmediatas demandas de cuidado, en donde se ve afectado el estilo de vida.

Es por esto que, como profesionales de enfermería, se debe establecer mecanismos de adaptación y afrontamiento desde la ciencia en los individuos, familias y comunidades, mediante el conocimiento de las problemáticas biopsicosociales de cada ser, desarrollando estrategias encaminadas al logro de la calidad de vida de las personas.

El presente trabajo investigativo, de tipo descriptivo cuantitativo, de corte transversal correlacional, tuvo como objetivo, identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de los niños y las niñas con cáncer del servicio de Oncólogos de Occidente en Manizales (Caldas), durante el periodo de enero a junio de 2014, constituidos mediante una muestra aleatoria simple, teniendo como referente investigativo el Modelo de adaptación de Callista Roy, versión ajustada para la población colombiana.

Palabras clave: Enfermería, Cuidadores primarios, Modelo de adaptación de Callista Roy, cáncer.

Capacity of confrontation and adaptation of the caregivers of children with cancer of the service of Oncólogos de Occidente de Manizales

Abstract

On-going studies evaluating the quality of life and patient caregiver issues in various disease processes and particularly in those involved in the care and comprehensive care of children with cancer have been made in Nursing. It has also been evaluated therapeutic interventions generated from the nurse, their potential impact or effectiveness of these interventions, in order to provide adequate welfare in the quality of life and quality of patient care and family.

The requirement to meet different patient needs, acquiring new responsibilities, poor social support for hospitalization, prolonged treatment phases that cause absenteeism, loss of economic resources, among many other factors can cause physiological changes associated with fatigue and depression, changes in the

¹ Enfermera, Universidad de Caldas; Especialista en Docencia universitaria; aspirante a Especialista en Pedagogía Crítica. Docente Investigadora, Programa de Enfermería, Universidad Católica de Manizales. Correo electrónico: scampino@ucm.edu.co

system of comfort, and the parents are usually who have the responsibility for decisions from the start of treatment due to the cancer imposes strict and immediate demands of care, where the style of life is affected.

That is why, as nurses, should establish mechanisms of adaptation and coping strategies from science on individuals, families and communities, through knowledge of the biopsychosocial problems of each being, developing strategies aimed at achieving quality of life of people.

This research work, descriptive quantitative, correlational cross-section, aimed to identify the coping and adaptation capacity of caregivers of children with cancer of the service of Oncólogos de Occidente de Manizales (Caldas), during the period January - June 2014, constituted by a simple random sample, with the research concerning Roy's adaptation Model, adjusted version for the Colombian population.

Key words: Nursing, primary caregivers, Roy's adaptation Model, cancer.

1. Introducción

Diversos estudios que evalúan la calidad de vida y la problemática del cuidador del paciente en diferentes procesos de la enfermedad y, particularmente, en los actores que intervienen en el cuidado y atención integral del niño con cáncer, han sido realizados en Enfermería, así como también se ha hecho evaluaciones con respecto a las intervenciones terapéuticas generadas desde el profesional de esta disciplina, el posible impacto generado o su efectividad, con el propósito de generar un bienestar adecuado tanto en la calidad de vida como en la atención eficaz al paciente y a los familiares.

Este tema se ha analizado desde el componente investigativo en las diferentes profesiones de la salud, con el fin de entender y actuar correctamente, conforme a las distintas respuestas positivas o negativas generadas desde que el paciente con cáncer es diagnosticado, y las estrategias que lo involucran de manera activa, y a sus allegados, en el trascurso de la enfermedad, para buscar prácticas de cuidado que eviten la aparición de errores surgidos desde y hacia el paciente en la atención en salud.

El cáncer infantil es en la actualidad una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo, debido a los múltiples factores de riesgo generados en los últimos tiempos, en especial por los grandes cambios que han ocurrido en los estilos de vida de las personas (Lautaro, 2000), dados los cambios ambientales, la generación de nuevas técnicas de información y comunicación, entre otros fenómenos globales, creando la necesidad de investigar sobre el impacto de esta enfermedad a nivel mundial y local, más aún con el incremento que se ha evidenciado en el perfil epidemiológico con relación a las patologías oncológicas en niños, con una gran variedad de presentaciones y un mayor nivel de incidencia.

Diferentes investigaciones como la de Kohlsdorf y Costa (2012) entre los años 2000 a 2009 en Brasil, sirven como antecedentes y demuestran que la mitad de los casos de cáncer infantil se producen antes de los 5 años de edad; el 25% entre los 5 y los 10 años y el 25% en la adolescencia, lo que incrementa cada vez más las inversiones en el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y el establecimiento de mecanismos de atención en salud, que involucran al personal que atiende, para estar acorde con las exigencias de este tipo de pacientes pediátricos y la forma de abordar la familia y los cuidadores.

De acuerdo con datos estadísticos a nivel mundial, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en los países desarrollados y está entre las tres primeras causas en los países en desarrollo; afecta a personas de todas las edades y condiciones: ricos y pobres, mujeres y hombres, ancianos, adultos, jóvenes y niños (Lautaro, 2000).

Datos estadísticos en Colombia entre los años 2005 y 2008 muestran que los principales tipos de cáncer que afectan a la población pediátrica son: leucemias linfoides y mieloides, tumores renales, tumores óseos, linfomas *no hodking*, linfoma de Hodking, tumores del sistema nervioso central, con mayor afectación a nivel pediátrico (Piñeros, Gamboa y Suárez, 2011). Las leucemias son el 50% de las causas de muerte por cáncer en menores de 15 años, y representan la mayor incidencia de pacientes que se encuentran en los servicios de oncología pediátrica.

Cabe señalar que el aumento de la incidencia de la enfermedad ha permitido que crezcan las investigaciones científicas, las cuales han proporcionado tratamientos más avanzados para combatir el cáncer, repercutiendo en una disminución muy significativa de la mortalidad, debido a varios factores como los centros especializados, técnicas diagnósticas, adelanto en los tratamientos de soporte de la enfermedad, combinaciones de fármacos, programas de apoyo psicosocial, diferentes opciones de tratamiento, y otras terapias disponibles.

Es así como, del 60% de los niños y adolescentes diagnosticados con cáncer, un 25% padece leucemia; un 20%, tumores del sistema nervioso; un 14%, linfomas. Las tasas de supervivencia han aumentado desde los años 80, tiempo para el cual, el porcentaje era de 54% y para el año 2008, de 76% (Del Rincón, Martino, Catá y Montalvo, 2008). Este panorama es favorable e impulsa a seguir el camino para trabajar conjuntamente en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y cuidadores.

Las tasas de mortalidad demuestran cambios respecto a la supervivencia al cáncer en pediatría, afirmación ratificada desde las cifras presentadas por algunos países que denotan de gran manera los cambios epidemiológicos positivos conforme a la mortalidad por cáncer. En Colombia, entre los períodos 1985–1989 y 2005–2008, las tasas de mortalidad por cáncer mostraron un descenso en ambos sexos, pasando de 54,4 muertes por millón a 44,8 muertes por millón en niños, y de 40,9 muertes por millón a 37,9 muertes por millón en niñas. Al realizar un análisis comparativo de estas afectaciones en naciones como Argentina y Cuba, se encontró tasas de mortalidad por cáncer en niños menores de 15 años reportadas para el período 1985–1989: 66,4 muertes por millón y 69,9 respectivamente, las cuales disminuyeron a 52,4 y 54,2 para el período 2005–2007 (Piñeros et al., 2011).

Cuando se diagnostica cáncer a un niño, es necesario que un equipo interdisciplinario intervenga a su familia y cuidadores, y, de ser pertinente, hacerlo en presencia del paciente, de acuerdo con su edad, para que ellos conozcan los aspectos relacionados con la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Igualmente, es necesario que el personal de salud escuche y resuelva todas las dudas e inquietudes relacionadas con el proceso, conozca su aceptación o negación respecto al tratamiento, y su influencia a nivel adaptativo para con la enfermedad, ya que con ello pueden disminuir los efectos negativos y las complicaciones psicológicas y sociales, representadas en la mayoría de los casos con patologías depresivas.

Los cuidadores de los niños con cáncer se ven continuamente involucrados en muchos estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento, definidos por Roy (1970, citada por Orta, Vásquez, Ponce J., Ponce M., Neto y Palanco, 2001), como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza el individuo para responder a las demandas externas, de manera que cada individuo, como un todo, pueda mantener sus procesos vitales y su integridad.

La capacidad de adaptación y afrontamiento de los cuidadores de niños con cáncer es una clara muestra de cómo los seres humanos están en disposición de aprender a percibir los estímulos y convertirlos en respuestas de determinada forma, influenciados por el entorno; es así como, el acercamiento del personal de salud, la información y el acompañamiento que se brinda, es fundamental para consolidar un proceso de adaptación efectivo o compensado, de acuerdo con las expresiones y necesidades de cada ser.

Los niños que sufren estas afectaciones deben enfrentarse a una serie de emociones y situaciones estresantes muy difíciles de manejar, como la muerte, el hecho de ver truncados los planes de vida, cambios en su imagen corporal, en su rol social y estilo de vida, el autoconcepto, la vida escolar (González, 2006). Así, el papel de los integrantes de la familia y los cuidadores es de variable naturalidad, mostrando particularidades en cada uno, con la presencia de enfermedades oncológicas en los niños de la familia. Se debe tener en cuenta que la participación de cada integrante en el manejo y cuidado integral del niño es importante desde el inicio de la etapa del tratamiento, si bien son generalmente los padres quienes tienen la responsabilidad de las decisiones. El cáncer impone estrictas e inmediatas demandas de cuidado, afectando los estilos de vida; puede haber alteraciones fisiológicas asociadas a cansancio y depresión, cambios en el sistema de confort por la necesidad de satisfacer necesidades en el paciente, adquisición de nuevas responsabilidades, escaso apoyo social por hospitalización y prolongación de las fases de tratamiento, ausentismo laboral, pérdida de recursos económicos, etc.

El proceso de adaptación a la enfermedad del niño con cáncer se envuelve en una variedad de emociones a lo largo del proceso, cuando la familia es informada del diagnóstico del niño. Comienza entonces un proceso de confusión y ansiedad, angustia, debido al conocimiento o desconocimiento, experiencias pasadas con el cáncer, propias y ajenas, con el consecuente cambio de vida, organización de nuevos procesos y toma de decisiones. También pueden sentir emociones contrapuestas: protección/desvinculación, desesperanza, culpa, incredulidad y negación, miedo al dolor y sufrimiento, a la capacidad de brindar cuidados y al dolor emocional (Del Rincón et al., 2008).

De la misma forma, es imprescindible que el equipo interdisciplinario que atiende tanto al niño como a sus familiares y cuidadores, conozca todas las posibles reacciones, para que puedan brindar apoyo y resolver todas las inquietudes del grupo familiar de manera acertada. Es así como el personal de salud se convierte en columna fundamental en todo lo relacionado con el proceso de la enfermedad.

Es necesario pensar que el personal de salud se ve envuelto en emociones de incertidumbre, y por ello el tratamiento de un niño con una enfermedad potencialmente mortal puede provocar en ellos una serie de sentimientos y ansiedades frente a las cuales desarrollan mecanismos psicológicos dirigidos a disminuir su intensidad y a hacerlos más tolerables (Del Rincón et al., 2008).

Uno de los retos de la Enfermería y de los servicios de salud es mejorar la calidad del cuidado tanto al individuo como a su familia, para que la profesión sea reconocida como disciplina; por tanto, es necesario que desde los ámbitos clínicos del quehacer cotidiano ésta se desarrolle con base en modelos conceptuales y teorías que enfoquen la atención con sustento científico y faciliten la aplicación en el cuidado del individuo.

En este orden de ideas, el modelo de Roy (1970) ofrece una descripción amplia de la enfermería al constatar que es una profesión dedicada a la atención sanitaria, centrada en los procesos humanos vitales y en los modelos que se ha de seguir, que da importancia a la promoción de la salud de los individuos, los grupos y la sociedad. Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermería como ciencia es un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas, que observa, clasifica y relaciona los procesos que influyen de manera positiva en su estado de salud; y como disciplina práctica, es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas: el de fomentar la capacidad de influir en la salud de manera positiva (Díaz et al., 2009).

A través de este modelo en la presente investigación se puede desarrollar estrategias centradas en problemas reales, de manera que se genere cuidados llevados a la práctica, sustentados desde el conocimiento propio de la enfermería, que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado ofrecido en estos contextos a los niños con cáncer y a sus cuidadores.

Los cuidadores de niños con cáncer desarrollan diferentes estrategias de afrontamiento que constituyen un conjunto de procesos cognitivos, afectivos y comportamentales que utilizan, en este caso los padres, para solucionar los conflictos de su vida diaria, provocados por la enfermedad de su hijo (Espada y Grau, 2012). Por esto, el profesional de enfermería, mediante la teoría del afrontamiento y adaptación debe conocer el modo de llevarla a cabo y explayar en sus respuestas, un cuidado holístico tanto para el niño como para el cuidador.

Frecuentemente, el afrontamiento positivo esperado por los padres es el resultado de una buena percepción y aceptación del manejo de enfermería y tratamiento conciliado con los cuidadores del niño, además de los estándares estipulados para la atención del paciente oncopediátrico. Estos aspectos son esenciales para favorecer el afrontamiento y adaptación del niño y del cuidador frente al padecimiento del cáncer en el infante y sus respuestas humanas, generando un proceso pertinente en el tratamiento y permitiendo la prevención de riesgos en la atención prestada, así como la adecuada aceptación del diagnóstico, apropiada adherencia y efectividad al tratamiento, el conocimiento propicio de las posibles complicaciones y el bienestar frente a la atención brindada.

En Manizales, Colombia, el servicio de “Oncólogos del Occidente” para la atención de los pacientes pediátricos existe desde el 28 de junio de 2012, en alianza con el Hospita Infantil Universitario, entidad privada sin ánimo de lucro, que ha centrado su misión en la atención de mediana y alta complejidad de los niños, niñas y

adolescentes del Eje Cafetero y otras regiones del país, siendo la única institución con estas características en la región, especializada además en la atención del niño quemado y oncológico, además de ser la de mayor trayectoria en la Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio pediátrico, y así mismo continúa siendo una institución universitaria que contribuye a la formación del recurso humano en el área pediátrica, generando un alto impacto social en la comunidad.

Hoy, los niños con cáncer son parte de una institución emblemática para el departamento de Caldas. El Hospital Infantil y Oncólogos del Occidente se unieron en una alianza por la vida para fortalecer la red oncológica de esta región, identificándose ambas instituciones en su misión social, justificada en el porvenir de nuevas generaciones.

2. Metodología

2.1 Objetivo General: Identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de los niños y las niñas con cáncer del servicio de Oncólogos de Occidente en Manizales (Caldas), teniendo como referente investigativo el modelo de adaptación de Callista Roy.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir la capacidad de adaptación y afrontamiento que utilizan los cuidadores frente al niño con cáncer y sus respuestas, de acuerdo con los diferentes estímulos.
- Relacionar las variables sociodemográficas con la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de niños y niñas con cáncer.

2.3 Tipo de Estudio: Investigación de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal correlacional.

2.4 Población: principal cuidador del niño con cáncer, cuidadores de niños y niñas con cáncer que permanezcan con ellos al menos 5 días a la semana.

2.5 Muestra: grupo de cuidadores de los niños y las niñas con cáncer en tratamiento ambulatorio y hospitalizado durante el periodo de enero a junio de 2014, constituidos mediante una muestra aleatoria simple.

2.6 Elementos del Diseño

Herramienta *Coping Adaptation Processing Scale* (CAPS) que consiste en una escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación según el Modelo de Adaptación de Callista Roy, versión ajustada para la población colombiana.

2.7 Criterios de Inclusión

- Principal cuidador del niño o niña con cáncer; es decir, quien dedica más tiempo al cuidado.
- Cuidadores mayores de 18 años.
- Cuidadores menores de 60 años.
- Cuidador con paciente en tratamiento hospitalizado y ambulatorio.
- Cuidador de paciente que se encuentre con tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia en un tiempo mínimo de 2 meses.

2.8 Criterios de Exclusión

- Cuidador de paciente terminal.
- Cuidador de paciente menor a dos meses en tratamiento inicial.
- Cuidadores esporádicos.

2.9 Tipo de Muestreo

Aleatorio simple.

2.10 Tamaño de la Muestra

En lo posible y concertado con la institución, el total de la población: alrededor de 60 cuidadores.

2.11 Marco de Análisis

Uso de una herramienta de medición CAPS, estructurada mediante una escala liker. Posteriormente los resultados serán sometidos al analizador estadístico SPSS.

3. Resultados

3.1 Nivel de Adaptación y Afrontamiento

El nivel de adaptación y afrontamiento, de acuerdo con la herramienta CAPS, se determinó como Medio-Alto, con un promedio de 68 puntos, dadas las características del Afrontamiento a partir de la metodología de estratificación óptima con fronteras de Dalenius-Hodges (1959):

Afrontamiento bajo: 33-57

Afrontamiento medio: 58-68

Afrontamiento alto: 69-99

Es importante resaltar que las variables sociodemográficas no son una característica que genere dificultades en el proceso de adaptación; sin embargo, el componente religioso representa un papel fundamental, independiente del tipo de religión. Los cuidadores consideran que la fortaleza de Dios les ayuda a afrontar la situación de una manera más natural y a aceptar las circunstancias.

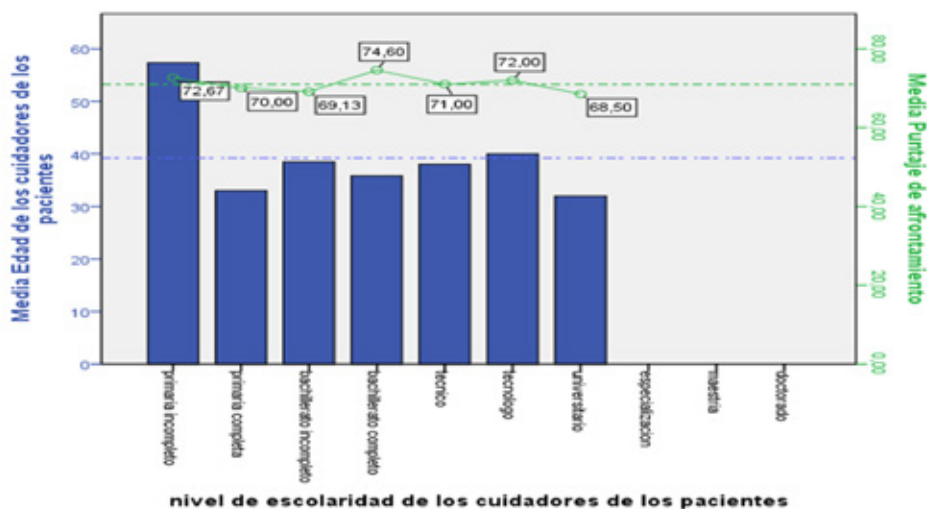


Figura 1. Nivel de escolaridad de los cuidadores de los pacientes.

El mayor porcentaje de escolaridad de los cuidadores es primaria; no obstante, tanto en éste como en los demás niveles, el afrontamiento es sostenido.

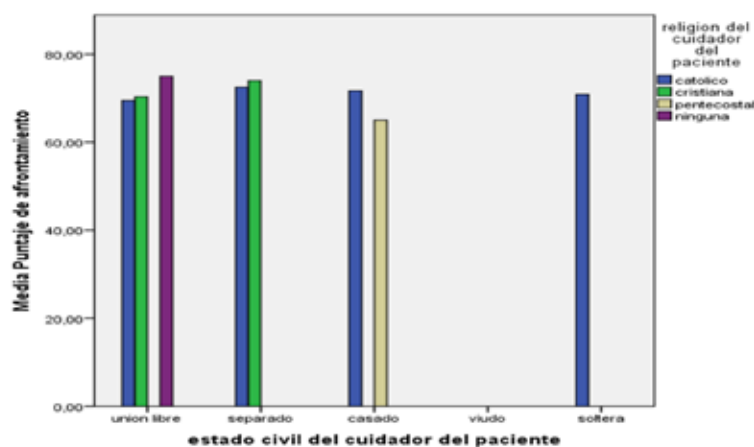


Figura 2. Estado civil del cuidador del paciente.

El estado civil del cuidador no muestra variabilidad significativa, y durante las entrevistas no se evidencia separación derivada del proceso del cáncer del niño; por el contrario, las relaciones -ya sea en unión libre, casado, divorciado o soltero- se han mantenido estables.

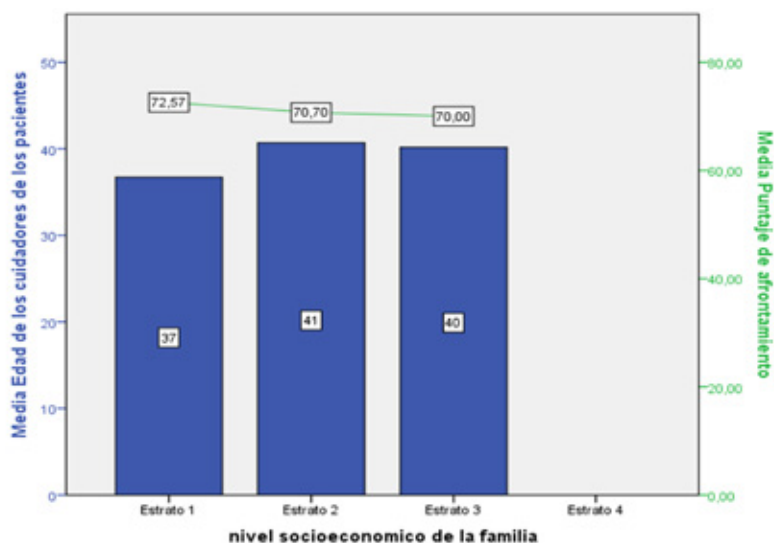


Figura 3. Nivel socioeconómico de la familia.

El afrontamiento se conserva en cualquiera de los estratos socioeconómicos y la edad de los cuidadores. El promedio de edad es entre 38 y 40 años. El nivel de afrontamiento de los cuidadores está evidenciado entre valores de medio y alto, independiente de su edad.

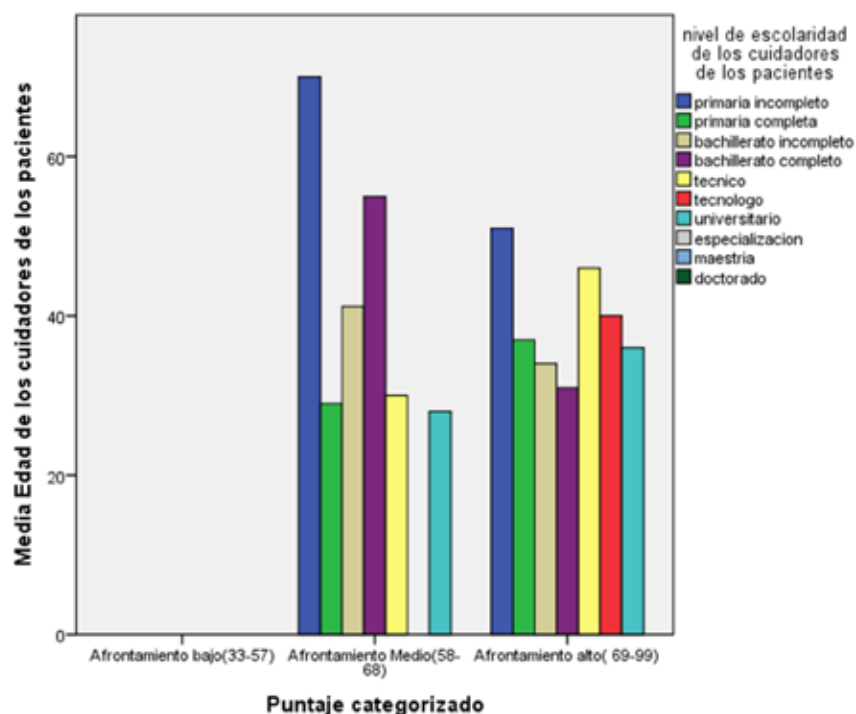


Figura 4. Puntaje categorizado.

4. Discusión

Los resultados de la investigación demuestran que son las mujeres, en calidad de cuidadoras innatas por naturaleza, quienes asumen el rol, sin dimensionar su afrontamiento personal, y dando por hecho que su proyecto de vida puede cambiar, a pesar de cualquier circunstancia en torno al rol que se le ha definido por la enfermedad. La mujer continúa ejerciendo su papel principal de cuidadora de las personas con enfermedad, como una de sus principales responsabilidades (Ballestas, López, Meza, Palencia, Ramos y Montalvo, 2013).

Es en este instante que el proceso de afrontamiento y adaptación de las familias y, especialmente de los cuidadores de los niños con cáncer, se asume con la responsabilidad y el manejo adecuado de la enfermedad, en la cotidianidad desde cada respuesta y necesidad humana, tornándose en cuidadoras expertas y, como tales, demuestran cómo la enfermedad ha cambiado sus vidas y las lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento más útiles para solucionar satisfactoriamente el problema o para convivir con él (Espada y Grau, 2012).

Desde el inicio del proceso de la enfermedad, los pacientes menores de edad dependen de los cuidados que proveen los adultos. Cuando se elige el cuidador primario, es generalmente la madre quien es asignada a tal rol, el cual es construido cultural y socialmente, ya que se considera como la persona idónea para proporcionar los cuidados (Robles-Silva, 2007).

Durante el inicio de la enfermedad y dentro del ambiente del niño, es innegable que su familia y sus cuidadores experimenten una serie de sentimientos en torno a la noticia de la enfermedad, que van de la mano con una amplia lista de deberes que se debe empezar a cumplir, dando paso al proceso inicial que involucra exámenes, venopunciones múltiples, medicamentos citotóxicos, transfusiones, cambio de hábitos en alimentación y aislamiento protector, autorizaciones de tipo administrativo, así como el abandono súbito del rol primario y secundario en su hogar, incluso en el laboral. Este período involucra una etapa de incertidumbre que debe anteponerse y manejarse efectivamente para lograr la adaptación y el afrontamiento. Los padres se convierten en el soporte emocional básico del niño con cáncer, por lo que en el momento en que es comunicado el diagnóstico, intentan comprender, a veces aprender todo lo relacionado con la enfermedad y

comenzar a asimilar un mundo de palabras, explicaciones, comparaciones y técnicas (Chacín y Chacín, 2011). En esta etapa el profesional de enfermería debe conocer los momentos de incertidumbre que rodean la situación, no sólo en el niño con cáncer, sino en el cuidador; y debe saber responder ante las diferentes reacciones inesperadas, ante la frustración y el desconocimiento por el nuevo y difícil periodo al que se ven sometidos.

Los hallazgos demuestran alta capacidad de afrontamiento y adaptación en las cuidadoras ante los estímulos focales y contextuales, reflejados en un afrontamiento centrado en procesos cognitivos y conductas dirigidas a afrontar la realidad desde los diferentes estados de la misma, de manera propositiva a partir del diagnóstico del cáncer pediátrico, las diferentes fases del tratamiento, los procesos de incorporación a las etapas, manteniendo un equilibrio emocional y sosteniéndose objetivamente frente a factores estresantes como la hospitalización, los trámites administrativos, las autorizaciones, las recaídas, entre otros. El afrontamiento resultaría del hecho de buscar significado para la vida, que incorpore la situación actual. Díaz-Sayas, Cruzado y Barbero (2010) sostienen en su estudio que algunas de las estrategias que ayudan a encontrar significado pueden ser: realizar una reevaluación positiva de la situación, centrarse en los acontecimientos positivos aunque sean leves, revisar las metas personales, apoyarse y reafirmar las creencias espirituales.

Así mismo, en el estudio realizado con padres de pacientes con cáncer en Maracaibo, Venezuela, acerca de las estrategias de afrontamiento, Chacín y Chacín (2011) evidenciaron que la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de las creencias y actitudes que pueden afectar positiva o negativamente el afrontamiento.

La adaptación, independientemente de la enfermedad, no es fácil para los seres humanos; no sólo el cáncer es difícil en su afrontamiento, sino también otras enfermedades crónicas. Nóbrega, Martins y De Oliveira (2006) en su trabajo investigativo, tomaron como referencia el modelo de adaptación de Roy en pacientes con enfermedad cardiovascular y lograron demostrar que tiene igual importancia que el enfermero evalúe el estímulo que está ocasionando el cuadro, como la comprensión del tratamiento por el paciente y su familia, y el proceso de adaptación fisiológica y psicosocial de este individuo al plan de tratamiento actual y a la propia patología.

Mediante el modelo de Roy se ha podido identificar varias formas de adaptación en las distintas patologías que hacen presencia en la vida diaria. El modelo abarca al ser como un todo, porque se mira a la persona como un ser humano holístico; en el núcleo familiar no sólo el principal cuidador modifica su existencia al saber de la patología, sino que cambia la vida de toda una familia al transformar sus costumbres, hasta el hecho de mudarse de residencia, como pasa en el caso de los cuidadores de los niños con cáncer del servicio Oncólogos de Occidente, que viven en veredas cercanas a Manizales, y abandonan su entorno para dedicarse plenamente al cuidado y tratamiento de sus hijos o nietos.

Roy plantea cuatro elementos esenciales: la persona, el ambiente, la salud y la meta de enfermería. Dentro del elemento Persona, que es aquella “que recibe el cuidado de enfermería, se puede incluir una única persona, una familia, un grupo o incluso una comunidad” (De Mendonça, De Figueiredo y Di Ciero, 2009, p. 3).

De Mendonça et al., (2009) resaltaron en su estudio de niños con parálisis cerebral, en el cual se determinó la adaptación a la luz del modelo de Roy, que el modo de autoconcepto incluye el abordaje psicológico y espiritual del ser humano. Las respuestas de las madres de estos niños permiten evidenciar que “la familia es apoyo en la tentativa de evitar el desequilibrio” (p. 7), así como también lo es, el sistema de creencias y la motivación para que continúen el tratamiento de sus hijos, atribuidos a una fuerza superior, a fin de poder enfrentar la situación, lo que les permitió evidenciar cómo los planteamientos y directrices presentados en el modelo de Roy ratifican la adaptación como el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, son conscientes y eligen crear una integración humana y ambiental.

Es de esta forma como emplean diferentes estrategias para la resolución de problemas y la regulación emocional en las diferentes situaciones que giran en torno al cáncer infantil y su rol de cuidador principal.

Los hallazgos encontrados permitieron demostrar la importancia de planear la atención, dirigida a los cuidadores, con una valoración adecuada de sus percepciones y emociones con relación a los estímulos

focales y contextuales, los cuales disminuyen el grado de incertidumbre y mejoran el vínculo con el niño. El cuidador experimenta la pérdida de su rol principal, alterando la función familiar e impactando el bienestar psicológico del núcleo familiar. Zavanella (2007, citada por Suarez y Monroy, 2012) argumenta que si no se interviene a tiempo, la alteración del núcleo familiar podría dejar secuelas en la armonía familiar desde la desintegración de la pareja, causando problemas emocionales, alterando el bienestar social, entre otros, ya que en un corto tiempo se antepone las acciones y dinámicas relacionadas con la enfermedad, dejando en un segundo plano los procesos de cambio y crecimiento familiar, lo que lleva a que la pareja se atenúe o desaparezca para asumir el rol de padres que cuidan o se preocupan de un hijo.

El cuidador del niño con cáncer está sometido a una gran carga física, emocional, económica y social, por la incertidumbre de su futuro debido a la enfermedad del niño, a la dependencia de éste por la inestabilidad de la enfermedad, la ansiedad, el dolor, las náuseas, entre otros, razón por la cual presenta una serie de reacciones emocionales como dolor, estrés, frustración y ansiedad (Ballestas et al., 2013).

Posterior a la superación de la incertidumbre, las estrategias utilizadas por las cuidadoras en el estudio de De Mendonça et al., (2009), están orientadas en el cuidado del niño, y centran toda su atención en sus procesos de salud-enfermedad, haciendo que de manera inconsciente tomen distancia de su rol de madres, de esposas y de integrantes de una familia, aunque expresaron que las vivencias cotidianas con el niño resignifican su existencia y les permiten un acercamiento a Dios y una experiencia para entender las circunstancias de la vida.

Sin embargo es necesario realizar diferentes intervenciones durante toda la cronicidad para lograr sobreponer la circunstancia de la enfermedad. Un estudio relacionado con la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores concluye que éstos necesitan intervenciones que promuevan el bienestar físico, el social y emocional, para disminuir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida y, consecuentemente, mejorar la asistencia (Aparecida, E., Aparecida, M., Martinez, Aparecida, D. y Gonçalves, 2011).

Es por eso que el profesional de enfermería debe reconocer los aspectos fundamentales dentro de un proceso de enfermedad crónica como el cáncer infantil, y brindar las herramientas necesarias de acompañamiento y orientación en los aspectos físicos y psicológicos mediante una comunicación asertiva, de tal modo que el quehacer de enfermería esté orientado al manejo de conductas de manera personalizada y que refuercen un afrontamiento y adaptación integrados. Los profesionales deben reunir información adecuada para medir el grado de resiliencia y de vulnerabilidad que presentan las familias, facilitarles la información necesaria y adecuada, ayudarlas a luchar contra el impacto emocional del diagnóstico, a reorganizar sus vidas y a adaptarlas a las exigencias de los tratamientos (Grau, Espada, 2012).

Al aumentar los índices de niños con cáncer en el mundo, aumenta el número de un nuevo rol y cambios en los estilos de vida. Es así como el conocimiento del proceso de afrontamiento y adaptación de los cuidadores permite diseñar estrategias y planes de cuidado acordes con las respuestas a los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan los cuidadores para sobrellevar la situación, de manera que puedan adaptarse a la nueva situación, promoviendo de esta forma un modelo de cuidado integral donde se aborde no solamente al niño, sino a su familia y al entorno.

Lao y Martínez (2003, citados por Suarez y Monroy, 2012) destacan la importancia de formar profesionales que cuenten con habilidades y herramientas para determinar el proceso de afrontamiento cognitivo de los padres y lograr una intervención y un acompañamiento oportuno que beneficien la salud emocional y física del niño y su entorno familiar. Dentro de su estudio encuentran como relevante, la capacidad comunicativa entre el personal de salud y los cuidadores y pacientes, partiendo de una adecuada comprensión del proceso y su retroalimentación continua y comprensiva, de acuerdo con los cambios que se van presentando durante el progreso de la enfermedad, proporcionando un ambiente de seguridad que facilite la adaptación y el posterior afrontamiento de los cuidadores.

El estudio de Díaz-Sayas et al., (2010) relacionado con las micro-malas noticias en pacientes hematológicos hospitalizados revela que de la forma como el profesional utilice sus habilidades comunicativas y de autorregulación, se puede facilitar o dificultar la comprensión y asimilación de la información por parte del

paciente y su familia, y plantean que es necesario un marco de estudio que entienda la comunicación como un acto continuo y no como un acto único.

Por otra parte, Serdà y Cunill (2011) en su trabajo relacionado con la comunicación con los enfermos con cáncer, lograron demostrar que esta comunicación psicoemocional se encuentra desatendida a lo largo de todo el proceso y causa incomodidades al profesional. Los pacientes identifican un proceso de filtraje de la información, que acaba focalizándose o desviándose hacia los aspectos técnicos y se convierte en un contacto emocionalmente neutro. Esta práctica es vivida como poco útil ya que no tiene la capacidad de manejar la información prioritaria del afectado y de su red de cuidadores. El profesional sanitario es incapaz de reconocer las emociones y en consecuencia evita o no aborda ni interviene de forma empática a la demanda.

Las investigaciones sobre los factores psicosociales asociados a la vivencia del cáncer pediátrico, especialmente con respecto al impacto de la enfermedad crónica en la vida de los padres, pueden contribuir para que se dé el apropiado cuidado a la familia. En este sentido, instrumentos que miden el estrés y la ansiedad de los padres pueden proporcionar informaciones sobre la adaptación al diagnóstico de la enfermedad crónica, y sobre las situaciones relacionadas con la enfermedad, que más les causan sufrimiento, el cual repercute en altos niveles de estrés y en la ocurrencia de síntomas de ansiedad. En la práctica clínica, la debilidad de esta situación puede comprometer el entendimiento por parte de los padres, sobre las necesidades de cuidado del niño y la relación con el equipo de salud (Dos Santos, De Brito y Yamaguchi, 2013).

Es tarea primordial del profesional de enfermería ocuparse de las distintas señales emitidas por los cuidadores, sean psicosociales, culturales o espirituales, y modificar en consecuencia la actuación, pues en definitiva el objeto único es el confort y el bienestar de los pacientes, los cuidadores y sus familias (Del Rincón et al., 2008).

5. Conclusiones

El nivel de adaptación y afrontamiento en los cuidadores de los niños con cáncer se estableció de modo compensado e integrado, comprobando su adaptación adecuada en el servicio de Oncólogos del Occidente y el Hospital Infantil de Manizales, realizando modificaciones para adaptarse a situaciones nuevas, como los cambios en los roles primarios y secundarios, al enfrentar los estímulos contextuales para llegar a la adaptación, la cual, según los análisis realizados, es eficaz, por la posible influencia de los factores que promueve el personal de salud dentro del proceso de recuperación, y la percepción que tienen los cuidadores desde el ámbito espiritual, encontrando significado e importancia para salir adelante con la enfermedad.

Referente a las mujeres cuidadoras de niños con cáncer, éstas no presentaron diferencias significativas relacionadas con la edad, estrato socioeconómico, precedencia, religión y/o estado civil, dado que todas representaron su rol de cuidadoras de manera directa, siendo ésta la única característica relevante.

Los cuidadores que no se adaptan bien, en ocasiones expresan sentimientos de desesperanza por la situación económica o la lejanía con sus líneas de apoyo familiar. La adaptación en ellos se enfrenta a un afrontamiento de tipo social, físico, mental y emocional, mostrando un nivel integrado y compensatorio.

El afrontamiento es una de las variables propuestas y reconocidas a través de los diferentes estudios, para entender y atender mejor por parte del profesional de enfermería el proceso de adaptación dentro de las metas del cuidado, así como aprender a diferenciar los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el individuo y su cuidador ante los estímulos externos en constante cambio y evolución.

Este estudio logra fortalecer las investigaciones en el área de la oncología pediátrica y el cuidado de enfermería integral, donde los cuidadores en este caso específico se adaptan bien y participan activamente en el afrontamiento de la enfermedad del niño, e incluso encuentran significado y relevancia para la vida de ellos mismos dentro de su rol como cuidadores. La enfermería está ganando espacio con la llegada de la investigación y el uso de las teorías, pasando a ser vista como una disciplina importante en el área de salud, además de desempeñar un papel relevante en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud (Grau, Espada, 2012).

Referencias

- Aparecida, E. Aparecida, M., Martínez, M., Aparecida, D. y Gonçalves, A. (2011). Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 19(3).
- Ballestas, H., López, E., Meza, R., Palencia, K., Ramos, D., Montalvo, A. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud Uninorte*, 29(2), 249-259.
- Chacín, M. y Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 23(3), 199-208.
- Dalenius, T. & Hodges, J. (1959). Minimum variance stratification, 54(285). Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1959.10501501>
- Del Rincón, C., Martino, R., Catá, E. y Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicosociología*, 5(2-3), 425-437.
- De Mendonça, K., De Figueiredo, Z. y Di Ciero, M. (2009). Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral – Aplicación del modelo de Roy. *Nure Investigación* 40. Recuperado de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/adapmadroy40.pdf
- Díaz, L., Durán, M., Gallego, P., Gómez, B., Gómez, E., González, Y.,... Venegas, B. (2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Revista Aquichan, Universidad de La Sabana*. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
- Díaz-Sayas, L., Cruzado, J. y Barbero, J. (2010). Estudio de las micro-malas noticias en pacientes hematológicos hospitalizados. La comunicación médica diaria. *Psicooncología*, 7(1), 175-191.
- Espada, M. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40.
- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Portal de Revistas Académicas*, 20(107), 22-44.
- Grau, C. y Espada, M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología* 9(1), 125-136
- Kohlsdorf, M. y Costa, Á. (2012). Impacto Psicosocial del Cáncer en la Infancia para Padres: Revisión de la Literatura. *Paidéia*, 22(51), 119-129
- Lautaro, P. (2000). Cáncer en pediatría. Aspectos generales. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(4), 283-295.
- Nóbrega, A., Martins, V. y De Oliveira, M. (2006). Problemas de adaptación fisiológica en pacientes con angina. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 87-92.
- Orta, M., Vásquez, G., Ponce, J., Ponce, M., Neto, C. y Palanco, E. (2001). Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. *Temas de Hoy*, pp. 495-498. Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>
- Piñeros, M., Gamboa, O. y Suárez, A. (2011). Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 15-21.
- Robles-Silva, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Serdà, B. y Cunill, M. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología*, 8(1), 65-79.
- Suarez, C. y Monroy, A. (2012). Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. *Index de Enfermería*, 21(3), 145-149.

La humanización del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

Luis Gilberto Agreda López¹

Resumen

A través de la historia se ha implementado diferentes factores al cuidado del paciente en estado crítico, tales como el buen servicio y el auge en la tecnología para la seguridad en las Unidades de Cuidado Intensivo.

Es importante que los profesionales de enfermería tengan una prospectiva dinámica y humana respecto a los diferentes aspectos que son más relevantes para los pacientes y sus familias, como el respeto hacia sus creencias y valores, para brindar un apoyo en el nivel de afrontamiento, una orientación en el momento de regirse al reglamento de visitas en esta área de trabajo y lo que es más significativo: el soporte a las familias en una situación de prioridad presentada para la atención; por lo tanto es esencial constituir un enfoque humanizado para brindar una atención integral desde el capital humano.

Palabras clave: Atención de enfermería, humanización de la atención, cuidados intensivos, labor médica.

Humanization of infirmery care in the Intensive Care Unit

Abstract

Through history they have been implemented different factors to critically ill patient care, such as good service and a boom in technology for security in the Intensive Care Units.

It is important that nurses have a human dynamics and foresight regarding the different aspects that are most relevant for patients and their families, such as respect for their beliefs and values, support for coping level, an orientation to when guided visits to the regulations in this area of work and what is more significant: support to families in a situation of priority brought to the attention; therefore it is essential to constitute a humanized approach to provide comprehensive care from the human capital.

Key words: Nursing care, humanization of care, intensive care, medical work.

1. Introducción

Nos enfrentamos a un mundo globalizado, en constante desarrollo científico y tecnológico que favorece el tratamiento y facilita la labor médica; sin embargo crea nuevos retos para el personal de enfermería en el cuidado del paciente, y en muchos casos, sin querer, se desplaza el componente humano en pro de la ciencia. Los pacientes en estado crítico cuentan con una alta tecnología en hospitalización, asistida por diferentes equipos tales como monitores, ventiladores, desfibriladores, catéteres, entre otros, dejando a un lado la labor del profesional de enfermería, quien complementa este conjunto de elementos tecnológicos que a su vez necesitan ser fusionados por la parte humana, permitiendo de esta manera una atención óptima en el cuidado del paciente.

El objetivo de este trabajo es brindar a los profesionales de enfermería, parámetros y habilidades comportamentales basadas en la ética para implementar en su rol profesional, que les permitan prestar un cuidado humanizado al paciente atendido en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).

¹ Enfermero, Universidad del Cauca; Especialista en Auditoría en Salud, Fundación Universitaria del Área Andina; Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, Fundación Universitaria del Área Andina; Diplomado en Competencias para la docencia universitaria, Fundación Universitaria del Área Andina; Curso de Inducción Profesor Tutor, "CITE" Centro de Innovaciones en Tecnologías Educativas, Whitney University System, ILUMNO; Ponencia, "Los medios educativos virtuales como herramienta de apoyo en la formación superior de enfermería", XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, ALADEFE, Montevideo, Uruguay. Docente tiempo completo Programa de Enfermería Universidad del Área Andina sede Bogotá. Correo electrónico: lagreda@areandina.edu.co

Por lo tanto es importante tener clara la necesidad de asumir una prospectiva con un mayor nivel de compromiso respecto al cuidado del paciente crítico, teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra, y sumado a esto, la falta de privacidad por la cantidad de camas hospitalarias, los sonidos de los equipos de monitoreo, la pérdida del entorno natural al que estaba acostumbrado y el conjunto de pacientes que se encuentran en una situación de dolor e incomodidad similar (Vargas, 2007).

Estos factores, atendidos bajo los parámetros médicos, aquejan al paciente, razón por la cual es necesario que éste pueda sentir un apoyo moral y ético por parte del personal, que le facilite asumir temas en algunos casos tabú, tales como: el nivel de afrontamiento con respecto a su situación crucial, que lo puede llevar a la muerte. A pesar de tener toda la acometida científica y tecnológica calificada, necesita en su subconsciente tener un soporte moral que lo aleje del temor, la angustia, el dolor y la sensación de desasosiego, brindándole así un nivel de satisfacción más elevado para sobrellevar la crisis, ya que de esta manera se hace una interacción humana asertiva por parte del personal de salud (Villarreal, 2007).

Asimismo, el correcto abordaje hacia las familias y el paciente con respecto al tema religioso, es primordial dado el mundo multicultural que está teniendo un crecimiento exponencial según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2005) del 1.09% hacia el 2020, lo cual indica que para esta fecha la diversidad religiosa será maximizada; esto permite inferir que la cantidad de creencias religiosas se verán variadas significativamente; a causa de esto se debe implementar conductas neutrales que ayuden como profesionales al servicio del cuidado, a ajustarse adecuadamente para facilitar un trato digno, una conexión conjunta y un respeto por las creencias (Arredondo-González y Siles-González, 2009).

Por lo tanto y siguiendo los parámetros de la Constitución Nacional (Presidencia de la República, 1991) que permite inferir que en el diario vivir debe existir una coexistencia igualitaria de todas las creencias religiosas y que estas decisiones netamente personales no deben afectar a ningún tercero, puesto que debe prevalecer la vida y las leyes, es necesario reflexionar: ¿Qué tan importante es que los profesionales de salud al cuidado del paciente crítico intervengan para ayudar a suplir estas necesidades terapéuticas y así lograr que el paciente responda adecuadamente a los tratamientos?

2. Metodología

Con base en la práctica y experiencia de trabajo, surge como proyecto pedagógico de aula “El cuidado humanizado en las Unidades de Cuidado Intensivo”, con la recopilación de experiencias en las UCI de cuatro instituciones hospitalarias de tercero y cuarto nivel de atención de la ciudad de Bogotá, para lo cual se describe en forma narrativa la experiencia de cuidado humanizado. Sin embargo y a pesar de que este trabajo fue elaborado en una institución de régimen de salud especial de las Fuerzas Militares, en una institución privada que buscaba la acreditación de alta calidad, en un hospital del Estado y otro de carácter público privado, en los cuales se tuvo en cuenta los factores que afectan el cuidado humanizado, la humanización no encuentra diferencias con el paciente en estado crítico.

En primer lugar es necesario tener en cuenta algunas consideraciones en cuanto al ambiente y entorno de los pacientes en estado crítico:

Para la admisión del paciente a una UCI se debe evaluar los criterios de ingreso, como las indicaciones por prioridad, entre las cuales están: pacientes inestables que requieren monitoreo, ventilación mecánica, uso de drogas vaso activas, pacientes en shock o postquirúrgicos que requieren maniobras de intubación y RCP, con indicaciones fisiológicas como pacientes con alteraciones hemodinámicas, neurológicas, desequilibrios metabólicos e indicaciones por patologías como neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, síndromes coronarios, traumas y poli traumas, pancreatitis, entre otras, las cuales crean en el paciente un alto grado de vulnerabilidad física y psicológica.

Posteriormente se procede con la atención con métodos invasivos de monitoreo, toma de muestras, paso de catéteres, en algunos casos intubación orotraqueal para ventilación mecánica y por supuesto sedación,

procedimientos que requieren del personal de salud prontitud y exactitud en la ejecución, poniendo a prueba las habilidades, conocimientos y destrezas, generando estrés y dejando en segundo plano el trato humanizado.

En cuanto a la UCI, es un área de tránsito restringido, donde sólo puede permanecer el personal autorizado y en el que las visitas son por corto tiempo y escasamente una o dos personas, las más cercanas, debido al alto riesgo de contaminación que perjudica a la persona en estado crítico, a quien el riesgo y la proximidad a la muerte despiertan el acercamiento a sus creencias religiosas, al igual que a sus familiares y allegados.

También es necesario analizar que el paciente permanece en la mayoría de los casos en estado de sedación, bajo efectos de los derivados opiáceos, que deprimen su estado mental y no le permiten pensar con claridad y comunicar sus sentimientos. Los temores e incertidumbre de perder la vida hacen que como ser humano se aferre a sus creencias religiosas.

El personal de la UCI debe tener una formación académica especial, como los cursos de Soporte Básico de Vida (BLS, por sus siglas en inglés), Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado (ACLS), especialización específica en el área de cuidado crítico o respiratorio, entre otros, actualizados y certificados.

3. Resultados

Se puede analizar que el ser humano tiene ciertas necesidades que se van satisfaciendo de manera natural por simple instinto, tales como la alimentación, el descanso, la depuración de sustancias, entre muchas otras, que le permiten obtener un grado óptimo de bienestar y las hace inmersas ante las otras necesidades del ser humano. En cambio las necesidades emocionales, intrapersonales y las que requieren ser suplidas con ayuda del entorno o bien llamadas necesidades relacionales, adquieren un alto grado de importancia, según la situación y el grado de madurez y edad de las personas. Es muy importante en esta fase tratar de suplir estas necesidades e intervenir como profesional en el cuidado del paciente crítico para tratar de lograr un resultado favorable en su recuperación (Cuadra, 2002).

Fueron determinados algunos de los factores que en el cuidado del paciente en estado crítico pueden favorecer su recuperación, o en caso contrario, ayudar a una muerte digna, en paz con su fe o creencia religiosa:

3.1 La Familia

En principio el paciente necesita del contacto pleno de otro ser humano, que comprenda la necesidad del afectado para saciar la angustia y el dolor en una situación de alto riesgo, ya que éste le proporciona un estado de armonía con respecto al grado de vulnerabilidad ante el peligro actual y el futuro que se pueda presentar; de esta forma los pacientes experimentan una comunicación afectiva, confiable y de protección. Por lo tanto, el incluir una expresión de amor, demostrar preferencias y un apoyo incondicional, permite que se vea una mejor labor médica, que no se dificulte la esperanza y que se desplace la frustración, la impotencia y la impaciencia (Erskine, 2004), por lo cual es necesario que se permita a la familia estar cerca y prolongar el tiempo de visita o de acompañamiento para estar al tanto de la situación clínica del paciente.

3.2 Valores y creencias

Este punto posibilita adentrarse en un tema bastante complejo y de alto impacto: las creencias religiosas y el temor a la muerte, los cuales están sujetos a las necesidades espirituales, formadas desde la infancia y catalogadas como 'mi yo interior', teniendo en cuenta que debido a la globalización, el mundo es hoy más diverso culturalmente, lo que hace que cada paciente y su familia tengan una prospectiva muy específica, como por ejemplo, lo que se debe o no comer, lo que es o no es correcto, una transfusión de sangre u órganos y demás. No se puede dejar a un lado la importancia de considerar que debe primar la vida, la integridad y el servicio que se presta a la comunidad, independientemente de los valores o creencias que tenga cada uno de los involucrados en la situación crítica, claro está sin dañar la voluntad, la autoestima y la integridad personal del otro; por tal razón el personal médico debe desarrollar ciertas capacidades que permitan detectar el camino adecuado para implementar en cada uno de los casos registrados en la situación de crisis.

Cabe finalmente resaltar que los puntos de vista deben ser neutrales y ajenos a los límites de los otros, por tanto se debe trabajar en alcanzar un alto nivel de aceptación y profesionalismo que permitan que el paciente pueda tener un aliciente realista y autónomo de la situación, lo cual posibilita manejar un proceso de abordaje para el acompañamiento espiritual y médico al paciente durante su paso en la UCI. Un claro ejemplo en la religión católica es la aplicación de los “santos óleos” para la unción de los enfermos, que permite al ser en su fe, sanar el espíritu como también su “cuerpo y alma”. La misión en este caso como profesionales de Enfermería es permitir y facilitar que este culto se pueda realizar, o en el caso de la religión cristiana, que el Pastor o Líder religioso haga lo propio.

3.3 Reglamentos y visitas

Por otro lado, el reglamento de visitas debe tener prioridad con el paciente de cuidado crítico y ser flexible, de acuerdo con la situación clínica del paciente, debido a la importancia que ellas conllevan para interactuar de manera interpersonal, ya que permiten un proceso ético y psicológico para el mejoramiento, de hecho sin dejar a un lado la importancia de los parámetros implementados en las instituciones hospitalarias para no afectar la seguridad del paciente (Poblete y Valenzuela, 2007) (8).

Por su parte Small (2010) expone su experiencia como docente y supervisora en psicoterapia integrativa y miembro clínico de la Asociación Internacional de Análisis Transaccional (ITAA, por sus siglas en inglés) y permite una comprensión de la relación terapéutica mediante la discusión de las necesidades relacionales, las cuales están basadas en la teoría del desarrollo evolutivo temprano, mostrando como estos conceptos son fundamentales para ayudar a crear una relación curativa con los pacientes.

3.4 Ética profesional

Con los cambios surgidos en el régimen de salud y la situación actual de las instituciones, es necesario pensar en el actuar del personal de salud, quienes en ocasiones olvidan el principio de su profesión. Por tal razón, el diario El Tiempo (2015) muestra en el estudio realizado por la Veeduría Distrital, que el mayor porcentaje en reclamaciones por parte de las personas en Bogotá en el año 2014 se concentra en los sectores de salud y movilidad con un 56%, del cual el 23,04% son exclusivamente de salud. Con respecto al tema de salud, los usuarios se manifiestan por la atención deshumanizada, lo que evidencia con el total de quejas registradas por los bogotanos, que existe un promedio diario de 542 peticiones al día, estadísticamente 22 solicitudes de quejas y reclamos por hora, dirigidos a los 22 hospitales públicos.

Las reclamaciones estuvieron enfocadas en la mala atención por parte del personal, lo que reduce notablemente la calidad con respecto al servicio prestado por las instituciones, y permite colegir que debe existir un compromiso por parte de los funcionarios para reducir estos índices y dar al paciente y sus familiares una óptima atención enfocada a la ética, de tal modo que se pueda satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas (El Tiempo, 2015).

En este orden de ideas, se debe destacar la importancia de maximizar el cuidado y la satisfacción de los sujetos en estado crítico por parte del personal de enfermería, quienes deben caracterizarse por la calidad humana, los conocimientos profesionales y éticos y las destrezas que permitan crear un sentido de conciencia, para planear una acción efectiva en el proceso de identificar el grado de dolor, incomodidad y las implicaciones que conllevan estos pacientes, teniendo en cuenta la utilización de recursos tecnológicos, éticos y morales, para tomar las mejores decisiones al elaborar una estrategia que promueva la satisfacción plena de los agentes involucrados, quienes a su vez cooperarán en la negociación, aceptando los resultados, ya sean de frustración o de goce.

El profesional de la salud no sólo se encarga de administrar los medicamentos y estar pendiente de su vigilancia rigurosa, sino que debe ser una persona capacitada y realmente interesada en restablecer las condiciones humanas del otro, por medio de comportamientos humanos que ayuden a crear un vínculo más afectivo en todos los parámetros profesionales requeridos, como la comunicación, el entender de su dolencia y el grado de malestar, para poder ayudar, promoviendo ante todo los derechos del paciente que se encuentra en las UCI, siendo éstas un área de trabajo completamente diferente a las otras (Vargas, 2007).

3.5 Afrontamiento a la muerte

Ruiz y Coca (2008) estudiaron la conspiración o pacto de silencio por parte de los familiares, allegados y personal médico para mitigar el sufrimiento y angustia al paciente sobre su diagnóstico, en vez de que tenga plena información sobre su posible muerte debido a su condición de quebranto. Sumado a esto, las creencias y la formación del núcleo familiar interfieren en un no rotundo de aceptación a la muerte por parte de los allegados, lo que crea una negación en el ser humano con respecto a la pérdida del ser querido. Por esta razón es muy común que nos veamos expuestos considerablemente a omitir o desviar el pronóstico al paciente, para crear un rechazo a la realidad, dando cabida al pacto de silencio como un mecanismo de defensa natural en los seres humanos.

En definitiva, el profesional de enfermería debe lograr armonizar el ambiente del paciente, teniendo como base los parámetros mencionados, permitiendo desvanecer los factores que rodean la UCI, puesto que el paciente percibe y se apoya en el profesional como una persona que tiene la capacidad de proporcionar calidad de servicio y ayuda para disminuir la angustia, la ansiedad y el dolor, sin importar las diferentes alternativas tecnológicas que puedan intervenir para colaborar con su recuperación (Furegato y Prestupa, 1999).

4. Conclusiones

Se necesita involucrarse en procesos de mejora de la calidad del cuidado en las UCI, y pensar en que todas las acciones que se ejecute con el paciente deben reflejar el trato como persona que necesita de la ayuda profesional, dada su situación de vulnerabilidad.

Se requiere participación activa y motivación del profesional de enfermería, quien como características esenciales para el cuidado humanizado, debe tener: particularidad de comunicación con el paciente y sus familiares, beneplácito hacia sus creencias culturales y religiosas, y competencias éticas para fomentar un eficiente nivel de afrontamiento sobre la situación, ya que el paciente necesita que se le brinde un espacio cómodo que ayude a mitigar el impacto que conlleva el estar enfermo y hospitalizado en una UCI.

Se requiere compromiso por parte de las instituciones hospitalarias, sin olvidar la identidad de la profesión, las normas y reglamentos de bioseguridad, aislamiento, requerimiento de personal, para permitir que la familia esté cerca del paciente.

Si bien el uso de la tecnología en el cuidado del paciente ha cambiado los conceptos y formación del personal médico, paramédico y de enfermería, es de puntual importancia volver a crear una conexión entre la ciencia y lo humano, ya que estos dos factores en conjunto aislarían el individualismo al cual se está expuesto en las UCI, retomando todo lo relacionado con la dignidad y el respeto humano, permitiendo de esta forma fomentar ambientes de trabajo con excelente nivel de calidad y eficiencia que posibiliten a los pacientes gozar de todas las herramientas necesarias para su correcta atención, teniendo como principal objetivo la capacidad de suministrar bienestar al otro.

Referencias

- Arredondo-González, C. y Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index de Enfermería* 18(1), 32-36.
- Cuadra, J. (2002). Las necesidades humanas y su satisfacción. Recuperado de www.bonding.eshttp/jbonding/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=62&Itemid=28
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Demografía y Población. Proyecciones de población 2006 - 2020*. [Comunicado de prensa]. Bogotá.
- El Tiempo. (4 de mayo de 2015). Movilidad y salud, son los temas por los que más reclama la gente. *El Tiempo Casa Editorial*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/bogota/los-temas-por-los-que-mas-reclama-la-gente/15681009>
- Erskine, R. (2004). Necesidades relacionales. Recuperado de http://www.bonding.es/jbonding/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=54&Itemid=28

- Furegato, A. y Prestupa, S. (1999). O que a população sabe e o que espera do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1).
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Ruiz-Benítez, M. y Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53-69.
- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Small, L. (2010). 5ª Conferencia de la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa "Apego, necesidades relacionales y presencia psicoterapéutica". Vichy, Francia.
- Vargas, R. (2007). Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. *Ciencia y Cuidado*, 4(4), 21-27.
- Villarreal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*, 23(1), 112-119.

Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería

Ivett Adriana Herrera Zuleta¹

Resumen

Jean Watson, en su teoría del cuidado humanizado, reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que una persona debe realizar para llegar a ser. El cuidado humanizado de enfermería en usuarias maternas es importante porque ellas atraviesan por un proceso de adaptación en donde las influencias culturales, el apoyo familiar y la intervención de enfermería, representan un papel importante en la evolución satisfactoria de su salud; de ahí que el objetivo del presente trabajo sea, justamente, determinar las percepciones del cuidado humanizado de enfermería de las gestantes del servicio de ginecobstetricia de un hospital de alta complejidad.

La Metodología consistió en un muestreo no probabilístico, por conveniencia, con 97 gestantes, utilizando la técnica de encuesta dirigida. El instrumento es una adaptación realizada por Rivera y Triana, validado por Reina y Vargas (2014). Los datos fueron analizados a través de la codificación de las variables y de los programas de análisis y de procesamiento estadístico, Microsoft Excel 2010 y SPSS. Las percepciones obtenidas de las gestantes arrojaron resultados parcialmente positivos de acuerdo con el cuidado brindado. El cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería es equitativo, independientemente de las características sociodemográficas de las pacientes.

Palabras clave: enfermería, cuidado, humanización, gestantes.

Perceptions of pregnant women around humanized care provided by the nursing staff

Abstract

Jean Watson, in her theory of humanized care, recognizes that caring is a fundamental part of being and is the most primitive act that a person must take to become human. Humanized nursing care for mothers is important because they undergo an adaptation process where cultural influences, family support, and nursing intervention play important roles in the successful development of the health, hence the aim of this work is precisely determine the perceptions of humanized nursing care that pregnant women have of the gynecology service of a hospital of high complexity.

The methodology consisted of a non-probability sampling, for convenience, 97 pregnant women, using the survey technique directed. The instrument is an adaptation by Rivera and Triana, validated by Reina and Vargas (2014). Data were analyzed through coding variables and program analysis and statistical processing, Microsoft Excel 2010 and SPSS. The perceptions obtained from pregnant women gave partially positive results according to the care given. Humanized care provided by nurses is equitable, regardless of socio-demographic characteristics of the patients.

Key words: Nursing, care, humanization, pregnant.

1. Introducción

El cuidado es la esencia de Enfermería y está constituida por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando al sujeto de cuidado a hallar un significado acerca de

¹ Enfermera; Magíster en Enfermería Materno-infantil. Docente ocasional Tiempo completo, Programa de Enfermería, Universidad del Cauca. Correo electrónico: adrianazuleta@unicauca.edu.co

la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, y de esta manera generar autocontrol, autoconocimiento y autocuración (Poblete y Valenzuela, 2007).

El concepto de cuidado humanizado comprende procedimientos, manejo de protocolo, utilización de habilidades, destrezas y aplicación de conocimiento científico del ejercicio profesional; es más que un buen trato; es la búsqueda de satisfacción del usuario, ya que al hacerlo, no sólo el paciente obtiene beneficios, sino que también los recibe el profesional y el equipo que entrega los cuidados (Ceballos, 2010).

En América Latina durante los años 2010 y 2013, países como Chile, Brasil, Venezuela y México se vieron aquejados por la reestructuración administrativa de los sistemas de salud y la tecnología, y generaron un cuidado basado en lo fisiológico, dejando a un lado al ser humano como un conjunto de mente, cuerpo y espíritu; sin embargo en la actualidad, en estos países se ha decidido rescatar la importancia de brindar un cuidado de enfermería basado en el aspecto humano, espiritual y transpersonal.

En Colombia, el cuidado humanizado aplica conceptos como la relación transpersonal, una explicación del ser, de la conciencia, y el cuidado como esencia de la práctica de enfermería, que transporta al paciente hacia la armonía y equilibrio entre alma, mente y cuerpo, a través de una continua relación de ayuda y confianza entre éste y el cuidador, proporcionando conocimiento, respeto y ayuda mutua, y rescatando la dignidad humana en la asistencia de enfermería. Por esta razón se ha realizado diferentes estudios sobre el cuidado humanizado; uno de ellos se llevó a cabo en un nivel de complejidad III en Cartagena (Romero-Massa, Contreras-Méndez, Pérez-Pájaro, Moncada y Jiménez-Zamora, 2012) en donde los investigadores determinaron que existía una percepción baja acerca del cuidado humanizado en los pacientes por parte del área de enfermería; y otro estudio en el área de ginecobstetricia de nivel II y III en un hospital de Bogotá (Coral, 2008) el cual referencia que la tensión y el estrés por parte de los pacientes y enfermeras es alto, debido a la demanda que requiere este servicio; el paciente debe ser atendido de manera rápida y oportuna, y el personal de salud no cuenta con el tiempo necesario para brindar un cuidado integral.

Jean Watson (1999) enfermera estadounidense, en su teoría acerca del cuidado humanizado reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que una persona debe realizar para llegar efectivamente a ser; este cuidado sólo puede ser demostrado y practicado en una relación interpersonal, y está condicionado a factores destinados a satisfacer las necesidades humanas, con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, y el crecimiento tanto personal como familiar.

Si desde esta óptica se analiza que el objeto de estudio de la enfermería es el ser humano, un ser social, y que la sociología estudia la relación entre los hombres, resulta lógico cómo Watson (citada por Poblete y Valenzuela, 2007), en su teoría de cuidado, manifiesta que la relación enfermería-paciente es interpersonal o subjetiva, o sea una relación entre humanos en sociedad; por ende, es ahí donde surge el complemento del cuidado, siendo así humanizado, aunque éste implica un esfuerzo de atención, concentración y a veces resulta más agotador que el mismo esfuerzo físico; pero es así como el valor del cuidado humanizado es necesario en todas las áreas de desarrollo profesional: gestión, educación, investigación y asistencia. Se destaca que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o causar sólo satisfacción a la usuaria; es tener la certeza de que “el otro” necesita ser cuidado (Ceballos, 2010); de esta forma el equipo de enfermería crece junto al usuario y su familia.

El Ministerio de la Protección Social consideró de vital importancia plantear las políticas públicas de calidad de salud en Colombia, teniendo en cuenta el Sistema Obligatorio de Garantías de la Calidad en Salud (SOGCS), expedido por el decreto 1011 (2006), lo que permite proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo.

Es de esta manera como en las políticas públicas de calidad en salud se incorpora aspectos como la política de seguridad del paciente y la política nacional de humanización de atención en salud, con sus tres estrategias: -Red social del buen trato, -Calificación en el buen trato y -Buena atención y Asistencia Técnica, lo que abarca un cuidado humanizado, teniendo en cuenta que el cuidado es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente, aspecto que ha adquirido importancia a través de la historia,

tratando de comprender el comportamiento humano y permitiendo abordar un cuidado holístico, teniendo en cuenta al hombre como un ser integral, con miedos, percepciones, angustias, creencias, costumbres, adquiridas en la sociedad.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa e investigativa por parte de los profesionales de enfermería (Watson, s.f.).

La percepción que la gestante tiene del servicio de salud durante su estadía puede influir en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud de la madre y su recién nacido (Saavedra, 2013); las actividades de trato directo con el usuario son las que más se debe valorar para asegurar un cuidado de calidad. Por esta razón en este trabajo se describe la percepción de comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que tiene la mujer gestante, con el fin de aportar al conocimiento disciplinar en lo relacionado con la gran influencia que se genera ante ella desde el actuar: cualidades, características y disponibilidades de las enfermeras en la atención, el tema psicoafectivo desde los lineamientos de seguridad del paciente con la privacidad en la atención, el usuario y su familia informada, hotelaría y confort, buen trato, apoyo emocional y espiritual, atención en el dolor, entre otras; y desde la búsqueda de encontrar fundamentos a partir de sus necesidades y expectativas, con miras a lograr un cuidado humano, cálido y acogedor para ella y su recién nacido. Para la ciencia de enfermería, este trabajo es muy importante porque contribuye a incrementar el cuerpo de conocimientos éticos, espirituales, interculturales, teóricos y prácticos para el mejoramiento de la relación enfermera(o)-sujeto de cuidado.

2. Metodología

2.1 Tipo de Investigación: Descriptiva, trasversal, con abordaje cuantitativo.

2.2 Población: Gestantes que se encuentren en servicio de hospitalización del área de ginecobstetricia de un hospital de alta complejidad en Popayán, Cauca.

2.3 Muestreo: no probabilístico, por conveniencia, con el promedio mensual de gestantes mayores de edad que ingresaron al servicio en el primer trimestre del año 2015. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante la fórmula para tamaño óptimo cuando la población es conocida: $n = \frac{(Z^2)(pq)}{E^2} + \frac{(Z^2)(pq)}{E^2}$, tratándose de un análisis estadístico de la población con un universo (N) promedio de 130. Los valores de la proporción buscada (p) y de su complementario (q) son desconocidos, los cuales toman valor estándar de 0,5. El índice de confianza (Z) aplicado para la fórmula es 95%, equivalente a 1.96, con un margen de error (E) del 5% (0.05), obteniendo los valores de la siguiente manera: $n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5 \cdot 0,5)}{(0,05)^2} + \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5 \cdot 0,5)}{(0,05)^2}$.

Se obtuvo un resultado de 97,1 que equivale al tamaño de la muestra, que según la formula representó al total de la población.

2. 4 Técnica e Instrumento

La técnica empleada fue la encuesta autodirigida, con aplicación en las gestantes hospitalizadas, escogiendo a las participantes en turnos de la mañana, la tarde y la noche, utilizando la ficha de ingreso hasta completar el número necesario.

El instrumento utilizado en esta investigación es una adaptación del elaborado por Rivera y Triana (2007), validado por Reina y Vargas (2014), el cual indaga la aparición de conductas relacionadas con el cuidado humanizado en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San José; consta de nueve categorías que describen la conceptualización del cuidado y los ítems, ordenado de la siguiente manera:

1. Sentimientos del paciente (cuando las enfermeras le explican algo, usted entiende; cuando se dirigen a usted, siente que se interesan por su bienestar; cuando se dirigen a usted, se siente satisfecha),

2. Características de las(os) enfermeras(os) (son amables en el trato hacia usted y su familia; son claras(os) al comunicarse con usted; son dedicadas(os) y responsables en el cuidado brindado),
3. Apoyo emocional (cuando el médico la atiende, se siente mejor si la enfermera está acompañándola; las(os) enfermeras(os) apoyan e impulsan sus creencias religiosas y tradiciones, le generan tranquilidad y confianza; su cuidado es amoroso y dedicado),
4. Apoyo físico (la miran cuando le hablan; le ayudan a disminuir el dolor físico con masajes, medicamentos, respiración; atienden sus necesidades básicas -baño, eliminación, alimentación-, se esfuerzan por brindar comodidad física),
5. Cualidades del hacer de las(os) enfermeras(os) (trabajan en equipo, facilitan el diálogo, le explican anticipadamente a usted y a su familia los procedimientos y demuestran seguridad al realizarlos),
6. Pro actividad (se identifican antes de realizar los cuidados, responden a sus preguntas y le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones; la animan para que llame si tiene problemas),
7. Empatía (mantienen una relación cercana con usted; le escuchan atentamente y le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento; se ponen en su lugar para comprenderla),
8. Priorizan al ser cuidado (se muestran respetuosas(os) y la llaman por su nombre; tienen en cuenta sus decisiones; protegen su intimidad; sienten que ante cualquier eventualidad en el servicio, primero está su salud),
9. Disponibilidad para la atención (identifican sus necesidades y están pendientes de lo que se le ofrezca; administran el tratamiento ordenado a tiempo; responden con rapidez al llamado; prestan interés en su estado de ánimo).

Estos puntos, a su vez, generan 31 ítems, evaluados a través de la escala de Likert de 4 puntos, que mide la frecuencia de aparición de los comportamientos del cuidado humanizado en el personal de enfermería, con valores de la siguiente manera: Nunca 1, Algunas veces 2, Casi siempre 3, Siempre 4, para un rango real del instrumento de 31 a 124 puntos por encuesta y la exploración de dos preguntas abiertas que comprenden reconocer a las enfermeras encargadas del turno.

La encuesta fue aplicada por los investigadores a las gestantes hospitalizadas que cumplieron los criterios de inclusión, previa información, autorización y consentimiento informado, comprendiendo desde la presentación del cuestionario y la explicación de los ítems que atiende, a la interpretación por parte de las encuestadas para el correcto uso del instrumento y validez de las respuestas.

La información se recolectó atendiendo las consideraciones éticas relacionadas con la autonomía, beneficencia, justicia y confidencialidad, observando el control de riesgos y sesgos que se planteó en el estudio.

2.5 Criterios de Inclusión

- Gestantes mayores de edad.
- Gestantes que lleven 12 horas en área de ginecobstetricia del servicio de hospitalización.
- Paciente que desee voluntariamente contestar el instrumento.

2.6 Criterios de Exclusión

- Pacientes con alteraciones neurológicas con diagnóstico clínico de referencia.

2.7 Validación por Expertos

Profesora de investigación del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca.

2.8 Prueba Piloto

Se realizó la prueba piloto con el propósito de evaluar las cualidades del instrumento: eficiencia y rapidez, que hacen referencia al tiempo requerido para diligenciar el instrumento, la facilidad que tienen las participantes

para comprender todos los ítems y evaluar si el instrumento sirve para recolectar la información para analizar la percepción de las gestantes acerca del comportamiento de las enfermeras. Luego de llevarse a cabo la prueba piloto, se realizó la revisión, discusión y análisis de la experiencia, los aportes que se requiere para mejorar el proyecto y la necesidad de atender las dificultades identificadas de comprensión de los instrumentos para asegurar el correcto diligenciamiento.

2.9 Análisis de datos

Después de realizar la recolección de los datos mediante la encuesta autodirigida, éstos fueron integrados a través de la codificación de las variables utilizadas en el instrumento y las respuestas brindadas por las gestantes. Para este proceso se utilizó los programas de análisis de información general y de procesamiento estadístico, Microsoft Excel 2013 y SPSS.

Para el análisis descriptivo de la investigación se empleó tablas de distribución de frecuencias y elaboración de gráficas, las cuales permitieron agrupar las opiniones según la escala Likert respecto a cada variable del instrumento; luego se consolidó y confrontó la información, para establecer la percepción global y por categorías, acerca del cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería desde la perspectiva de las pacientes.

3. Resultados

Se realizó una descripción demográfica de las gestantes hospitalizadas de acuerdo con la edad: 10 se encontraban entre los 18 y 25 años; 12, entre 26 y 35, y 3 eran mayores de 35 años. El 60% procedía del área urbana.

En cuanto a la escolaridad de las pacientes se encontró que 5 cursaron la primaria, 11 terminaron la secundaria y 9 alcanzaron nivel profesional.

Teniendo en cuenta el estrato económico, el 88% de las pacientes pertenecen a los estratos 1 y 2.

De acuerdo con el número de horas de estancia hospitalaria, el 36% tenía 48 horas de ingreso a la institución.

Respecto a la pregunta ¿Reconoce usted a la enfermera jefe de turno? el 64% de las gestantes respondió afirmativamente; y ante la pregunta ¿Reconoce usted a la auxiliar de enfermería de turno? el 84% de las mujeres participantes respondió que sí.

Los resultados cualitativos de la validez facial de la Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) con las pacientes encuestadas, obtenidos de las observaciones generales y por cada ítem al aplicar el instrumento, refieren de manera positiva o negativa, en términos generales acerca de la comprensión y uso de la prueba, que el 100% de las encuestadas entiende las preguntas y la razón de la encuesta.

Según la encuesta de la percepción global y de acuerdo con los resultados arrojados por el instrumento PCHE, se encontró:

La percepción global del cuidado humanizado de enfermería fue evaluada a través de las 25 pacientes hospitalizadas, encuestadas hasta el momento. El 60% de las respuestas fue que Siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) con categorización muy alto; el 32% Casi siempre, con categorización alto; el 8% Algunas veces con categorización medio, y 0, Nunca con categorización bajo. Las opiniones porcentuales de cada categoría del cuestionario PCHE son presentadas a continuación:

Tabla 1. *Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE). Datos por frecuencia y porcentuales*

Sentimientos del paciente (Agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medio	2	8,0	8,0	8,0
Alto	5	20,0	20,0	28,0
Muy alto	18	72,0	72,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	
	Medio		Muy alto	
3,0	5,3	7,5	9,8	12,0
	Bajo		Alto	
Ancho	2,3	2,3	2,3	2,3
Características de la enfermera (Agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Alto	4	16,0	16,0	16,0
Muy alto	21	84,0	84,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	
	Medio		Muy alto	
3,0	5,3	7,5	9,8	12,0
	Bajo		Alto	
Ancho	2,3	2,3	2,3	2,3
Dar apoyo emocional (Agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medio	3	12,0	12,0	12,0
Alto	10	40,0	40,0	52,0
Muy alto	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	
	Medio		Muy alto	
4,0	7,0	10,0	13,0	16,0
	Bajo		Alto	
Ancho	3,0	3,0	3,0	3,0
Dar apoyo físico (Agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medio	6	24,0	24,0	24,0
Alto	7	28,0	28,0	52,0
Muy alto	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

		Medio		Muy alto	
4,0		7,0	10,0	13,0	16,0
Bajo		Alto			
Ancho	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Cualidades de hacer de la enfermera (Agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	4,0	4,0	4,0
	Medio	5	20,0	20,0	24,0
	Alto	5	20,0	20,0	44,0
	Muy alto	14	56,0	56,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
		Medio		Muy alto	
3,0		5,3	7,5	9,8	12,0
Bajo		Alto			
Ancho	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Proactividad (Agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	8,0	8,0	8,0
	Medio	2	8,0	8,0	16,0
	Alto	3	12,0	12,0	28,0
	Muy alto	18	72,0	72,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
		Medio		Muy alto	
3,0		5,3	7,5	9,8	12,0
Bajo		Alto			
Ancho	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Empatía (Agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	3	12,0	12,0	12,0
	Medio	5	20,0	20,0	32,0
	Alto	6	24,0	24,0	56,0
	Muy alto	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
		Medio		Muy alto	
3,0		5,3	7,5	9,8	12,0
Bajo		Alto			
Ancho	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Priorizar al ser cuidado (Agrupado)					

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	4,0	4,0	4,0
	Medio	1	4,0	4,0	8,0
	Alto	2	8,0	8,0	16,0
	Muy alto	21	84,0	84,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
					
		4,0	7,0	10,0	13,0
					
	Ancho	3,0	3,0	3,0	3,0

Disponibilidad para la atención (Agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	3	12,0	12,0	2,0
	Medio	2	8,0	8,0	20,0
	Alto	6	24,0	24,0	44,0
	Muy alto	14	56,0	56,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
					
		4,0	7,0	10,0	13,0
					
	Ancho	3,0	3,0	3,0	3,0

4. Discusión

Al realizar la visita y desarrollar la encuesta, el 80% de las gestantes participantes se encontraban solas en el servicio, sin la compañía de un familiar, debido a que en el hospital se maneja horarios de visita que impiden el acompañamiento continuo, lo que las hace enfrentarse ante situaciones, procedimientos y decisiones, sin apoyo emocional, y pone a la enfermera(o) como la principal persona en atender estas necesidades, que para el 66% de las gestantes fue muy importante, dado que ésta genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson (1999), la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

Respecto a la identificación de la enfermera por parte de las gestantes, el 36% no la identificaron, hecho que no dio la posibilidad de conocer si recibieron o no cuidados por parte de ella; el 64% que sí la identificó, refirió que la tocó y se presentó al inicio del turno, convirtiéndose en indicativos para realizar la diferencia al respecto. Castañeda (1998) afirma que saludar y presentarse a la persona que ingresa al centro hospitalario permite establecer una buena relación de ayuda; la cortesía sincera y la sonrisa ofrecen acercamiento y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés y expectativa.

De acuerdo con las características sociodemográficas -edad, escolaridad, nivel socioeconómico- los resultados no arrojaron ninguna diferencia entre las expresiones dadas y las encuestas realizadas por las gestantes participantes sobre la atención de las(os) enfermeras(os).

En este trabajo, el 60% de las gestantes siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os); el 32% casi siempre, y el 8% algunas veces. Al respecto, los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel en Cartagena, perciben en forma global el comportamiento de cuidado humanizado por enfermería en un gran porcentaje como excelente y bueno. Por su parte, Rivera y Triana (2007) encontraron que el 86.7% de las personas hospitalizadas siempre perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. De igual manera, González y Quintero (2009) observan que se percibe un cuidado humanizado por parte de las maternas durante su estancia hospitalaria, de forma global, siempre y casi siempre, con el 84%.

En la categoría “Sentimientos del paciente” se ve reflejado cómo el personal de enfermería atiende satisfactoriamente las necesidades de las gestantes, puntuando un valor muy alto del 72%. Hubo datos similares en las categorías “Dar apoyo físico” y “Priorizar el ser cuidado”.

En la categoría “Dar apoyo emocional” las respuestas fueron similares en toda la escala. La respuesta ‘Nunca’ fue respondida en la categoría “Características de la enfermera”, con un 4%; Proactividad con el 8%; Empatía con 12% y Disponibilidad para la atención con 12%, algo muy parecido, reportado en los estudios de Romero-Massa et al. (2012) y Rivera y Triana (2007) en los cuales las categorías de cuidado percibidas en mayor medida, fueron: Priorizar a la persona, con un 89,5%; Cualidades de la enfermera(o), 89,4%, Características de la enfermera(o), 89,8%, Sentimientos del paciente, 87,6%. Y las categorías de cuidado percibidas en menor medida por el usuario fueron: Empatía 77,7%, Apoyo emocional 79,6%, Pro actividad 80,5% y Disponibilidad para la atención 85,4%.

González y Quintero (2009) encuentran igualmente que las categorías Proactividad y Empatía fueron las que obtuvieron los promedios más bajos, lo que refleja que hace falta demostrar un cuidado más humanizado. Las explicaciones de esta situación en particular pueden ser confirmadas a partir de los estudios realizados por Collière (1993), donde se menciona que las enfermeras en los servicios sanitarios terminan realizando técnicas y tareas cada vez más especializadas, sobrecargándose de labores dependientes e interdependientes de la disciplina médica.

El valor de la atención prestada por el personal de enfermería se ve afectado a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo; se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa e investigativa por parte de los profesionales de enfermería, lo cual da razón de ser a los siete supuestos básicos de la Teoría del Cuidado Humano desarrollada por Jean Watson, basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Florence Nightingale, Virginia Henderson, Lidya Hall, Madeleine Leininger (antropóloga), Federico Hegel (filósofo), Søren Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadamer y Yalom (psiquiatras).

5. Conclusiones

Los resultados de percepción de comportamientos respecto al cuidado humanizado por enfermería son satisfactorios, encontrándose una mejor percepción en la relación de los sentimientos del paciente.

Hubo dos categorías consideradas dentro del nivel bajo en relación con la disponibilidad para la atención y empatía de la enfermera.

La planeación del cuidado de enfermería a las mujeres gestantes debe ser individualizada, y de acuerdo con su patología, teniendo en cuenta el ambiente familiar, su cultura y creencias, lo cual permite asegurar la satisfacción de sus necesidades.

La humanización en el cuidado de enfermería implica para el profesional, la aplicación de todos sus conocimientos, cualidades, virtudes y aspectos éticos adquiridos durante toda su formación.

La enfermera debe estar siempre atenta al mantenimiento de la empatía, el respeto y la privacidad de las personas a quienes dirige el cuidado, así como de todo el personal que entra en contacto.

El cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería es equitativo, independientemente de las características sociodemográficas de las pacientes.

Referencias

- Castañeda, E. (1998). *La enfermera y la humanización de la atención a la salud. Hacia una medicina más humana*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 31-3
- Collière, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Coral, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista UDCA Actualidad y Divulgación Científica*, 11(1), 47-56.
- González, J. y Quintero, D. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención*. (Trabajo de Grado). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Presidencia de la República. (2006). Decreto 1011 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Reina, N. y Vargas, E. (2014). Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado”. *Avances en Enfermería. Bdigital Portal de Revistas UN*, 26(2), 71-79. Universidad Nacional de Colombia.
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68.
- Romero-Massa, E., Contreras-Méndez, I., Pérez-Pájaro, Y., Moncada, A. y Jiménez-Zamora, V. (2012). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(1), 60-68.
- Saavedra, D. (2013). *Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo*. (Tesis de Maestría). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Watson, J. (1999). *Filosofía y teoría de los cuidados humanos* (3ª ed.). California: Universidad de Colorado.
- (s.f.). Ponencia del Primer Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Recuperado de http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

El prácticum clínico como espacio para la enseñanza del arte profesional humanizado

Luz Nelly Rivera Álvarez¹

Resumen

La relación pedagógica entre enfermera tutora y estudiantes de enfermería y el uso de pedagogías contextualizadas en el prácticum, adquieren un papel relevante en la formación profesional en su pensamiento crítico-reflexivo y en el establecimiento de relaciones terapéuticas y humanizadas con la persona hospitalizada. El presente trabajo tuvo el propósito de caracterizar el papel de la relación pedagógica y el impacto de las pedagogías de contextualización en la formación profesional de las y los estudiantes.

Para ello se realizó una investigación cualitativa, con abordaje hermenéutico-fenomenológico, desarrollada en el marco de las asignaturas “Prácticum Hospitalario II” y “Estados Clínicos II” durante las prácticas clínicas de 11 estudiantes de enfermería de una facultad de Enfermería en Barcelona (España) y un hospital universitario de la misma ciudad, de febrero de 2011 a febrero de 2012.

Las estrategias de recogida de datos fueron: observación participante y no participante, conversación informal, entrevista en profundidad y materiales escritos. Para el análisis de la información se empleó el método de comparaciones constantes de Glaser y Strauss.

Los resultados permitieron evidenciar dos ejes cualitativos emergentes: a) Relación estudiantes-enfermera: núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica de las y los estudiantes. b) Pedagogías de contextualización: convergencia de significados entre estudiantes y enfermera respecto al cuidar competente y humanizado en enfermería, lo cual lleva a concluir que la relación pedagógica centrada en las y los estudiantes es, simultáneamente, una relación de cuidado, que se fundamenta en la confianza, el reconocimiento recíproco, la presencia auténtica, el diálogo, el empoderamiento y la autonomía.

El empleo de pedagogías de contextualización ayuda a las y los estudiantes a deliberar y discernir sobre la naturaleza, complejidad y evolución de la situación de salud del paciente y a comprender la naturaleza de sus necesidades, a establecer interrelaciones entre el sistema fisiológico, la interacción psicosocial y ambiental en la situación, a promover en las y los estudiantes un raciocinio y juicio clínicos, a priorizar sus acciones clínicas, a desarrollar un sentido de saliencia, a planificar los cuidados de enfermería y a ejecutar acciones clínicas con cualidades reflexivas como la atención operativa y la imitación reflexiva. Entre las estrategias didácticas que se emplea en enfermería, están: el diálogo reflexivo y la interrogación didáctica.

Palabras clave: Investigación en educación en Enfermería, educación en Enfermería, estudiantes de Enfermería, docentes de Enfermería, enseñanza.

The clinical experience as a space for the teaching of humanized professional art

Abstract

The educational relationship between tutor nurse and nursing students and the use of contextualized pedagogies in the practicum acquire an important role in vocational training in critical-reflective thinking and the establishment of therapeutic and humanized relationships with the hospitalized person. This study aimed to characterize the role of the pedagogical relationship and the impact of contextualization pedagogies in the training of the students.

¹ PhD en Educación y Sociedad; Magíster en Enfermería; Especialista en Enfermería en UCI; Enfermera. Profesora asociada. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería - Grupo de investigación Salud y Cuidado de los Colectivos. Bogotá, Colombia. Tel. (+571) 316 5000 Ext. 17011 – 17081. Correo electrónico: lnriveraa@unal.edu.co

For this, a qualitative research was conducted, with a hermeneutic-phenomenological approach, developed in the framework of the subjects “Practicum Hospital II” and “Estades Clínicas II” during the clinical practices of 11 nursing students from a school of nursing and a university hospital in Barcelona (Spain), since March 2011 to February 2012.

The data collection strategies were: participant and non-participant observation, informal discussion, in-depth interviews and written materials. For data analysis the method of constant comparisons of Glaser and Strauss was used.

The results demonstrate two qualitative emerging areas: a) Students-nurse relationship: core base for the development of clinical practice of students. b) Pedagogies of contextualization: union of meanings among students and nurse about competent and humane care in nursing, which leads to the conclusion that the pedagogical relation centered on students is simultaneously a caring relationship, which is based on trust, the reciprocal recognition, the authentic presence, dialogue, empowerment and autonomy.

Using pedagogies and contextualization helps students discuss and discern the nature, complexity and evolution of the health situation of the patient and understand her or his needs; establish interrelationships between the physiological system, psychosocial and environmental interaction in the situation; promote in them a reason and a clinical trial, the clinical priority actions to develop a sense of salience; plan nursing care and run clinical actions with reflective qualities as operational attention and thoughtful imitation. Among teaching strategies are: reflective dialogue and didactic question.

Key words: Research in Nursing Education, Nursing education, nursing students, nursing teachers, teaching.

1. Introducción

El prácticum hospitalario representa un terreno desconocido, incierto y complejo para los estudiantes de enfermería; en el que se espera del estudiante que se tire de cabeza al proceso de cuidar a una persona sana o enferma, tratando de hacer desde el principio aquello que todavía no comprende cómo hacer, con el fin de que consiga el tipo de experiencia que le ayudará a aprender lo que significa cuidar; por lo tanto, se arriesgan a perder el sentido de su competencia, su control y su propia confianza (Schön, 1992). Implica el aprender haciendo por medio de otros prácticos más expertos que les inician en las tradiciones de la práctica, es decir, en las costumbres, los métodos y los estándares de trabajo de la profesión (Dewey, 2007). Afirma Schön que, si el conocimiento profesional es visto en términos de hechos, reglas y procedimientos aplicados de una forma no conflictiva con los problemas instrumentales, el prácticum es concebido como una forma de preparación técnica. O, si el conocimiento profesional es visto en términos de “pensar como una enfermera”, los/as estudiantes aprenderán hechos relevantes y formas de indagación delante de situaciones problemáticas e inciertas, las enfermeras tutoras pueden poner énfasis bien en las reglas de indagación o bien en la reflexión en la acción por lo que, en ocasiones, los/as estudiantes deben desarrollar nuevas reglas y métodos propios. O también, finalmente, si el énfasis del prácticum se sitúa en las zonas indeterminadas de la práctica, donde el conocimiento profesional existente no se acomoda a cada caso ni cada problema tiene una única respuesta correcta, entonces los/as estudiantes tienen que aprender un tipo de reflexión en la acción que va más allá de las reglas existentes, no sólo la aplicación de las reglas o el aprendizaje de las formas de indagación que las enfermeras usan delante de situaciones problemáticas, sino también la construcción y comprobación de nuevas categorías de conocimiento, estrategias de acción y maneras de formular los problemas. En este caso los tutores pondrán énfasis en las zonas indeterminadas de la práctica y en conversaciones reflexivas con los materiales de la situación. Este tercer tipo de prácticum no excluye los dos anteriores (Schön, 1992: 47).

Medina (1999), al igual que Schön (1992), concibe el prácticum más como proceso de experimentación que de aplicación, el cual resulta significativo desde y a través de los problemas inciertos que aparecen en la práctica. Cuando el/ la estudiante «practica» las acciones de cuidar, explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. A través de la adopción de una actitud de *atención operativa e imitación reflexiva*² (Schön, 1992) y de la responsabilidad hacia el cuidado de la persona hospitalizada, las acciones clínicas que

² Estas dos nociones fueron planteados por Schön (1992), quien describe la atención operativa como aquella disposición especial del y de la estudiante para trasladar lo que escucha y observa a la acción; y la imitación reflexiva como una forma de reflexión en la acción, en la que la estudiante construye y comprueba, en su propia acción, las características esenciales de la acción que acaba de observar del o de la enfermero/a. De este modo, el/la estudiante progresa desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo.

el/la estudiante ejecute le permitirán darse cuenta de la repercusión de éstas en la persona que cuida, y al mismo tiempo verificar su comprensión provisional de lo que está haciendo; con esa «experimentación» el/la estudiante traslada a la acción aquello que ha oído y visto del o de la tutor/a, reestructurando nuevos cursos de acción en diálogo con la situación, así cada nueva acción da lugar a nuevas interpretaciones y significados que van modificando sucesivamente los cursos de acción (en una conversación de naturaleza dialéctica). Dando lugar así, a procesos de reflexión en la acción, reflexión sobre la acción y a progresar desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo (imitación reflexiva).

Para Schön cuando un/una estudiante ingresa en un prácticum se le pide al y a la estudiante que confíe en su tutor/a, quien también en un principio se encuentra ante el dilema de no poder decirle lo que necesita saber/ conocer para cuidar a otro/a, de manera que pueda en un primer momento comprenderle. Por lo tanto, la/el enfermera/o debe invitarle a convenir una relación temporal de confianza y dependencia (Schön, 1992: 94). Por lo tanto, el/la estudiante “pasa a depender de sus maestros”, de quienes cabe esperar la ayuda para adquirir una buena comprensión, dirección y competencia (Schön, 1992: 94). Por otra parte, Benner (1987), Benner et al. (2010) Diekelmann (1988, 2001), Medina (1999), Schön (1992) y Tanner (2006) afirman que el conocimiento práctico experto de la enfermera sólo puede ser adquirido a través de las experiencia clínica; es un conocimiento que no puede ser enseñado; solamente demostrado, debido a su carácter personal, subjetivo y contextual.

Es así como el practicum pone de manifiesto la importancia de establecer una relación pedagógica entre estudiantes y enfermero(a) tutor(a) que posea cualidades como respeto, reconocimiento recíproco, confianza, sentido de la responsabilidad, sentido del tacto hacia la subjetividad de las y los estudiantes, comprensión pedagógica de sus necesidades, escrupuloso respeto de la autonomía del estudiante, interés por conectar con la experiencia de éste y pasión por conocer (Ironsides, 2005; Noddings, 2009; Torralba, 1998; Van Manen, 1998, 2004).

De esta manera, el objetivo de este trabajo es -Caracterizar el papel de la relación pedagógica y el impacto de las pedagogías de contextualización en la formación profesional de las y los estudiantes.

2. Metodología

Esta investigación está inscrita en el marco de la investigación cualitativa (Guba y Lincoln, 1989). Adopta la perspectiva teórica fenomenológica–hermenéutica (Gadamer, 2007), con un enfoque metodológico etnográfico (Geertz, 1987). Para la selección de las y los participantes del estudio se empleó la selección simple basada en criterios (Goetz y LeCompte, 1988). En el estudio participaron voluntariamente profesoras, tutoras clínicas³ y once estudiantes que realizaban sus prácticas clínicas en un hospital universitario de Barcelona, en el marco de las asignaturas “Prácticum Hospitalario II y Estados Clínicos II. Las estrategias de recogida de la información fueron la observación participante y no participante, la conversación informal, la entrevista en profundidad y el análisis de documentos (diarios reflexivos de las y los estudiantes, planes de cuidado y un plan curricular de la asignatura) (Ruiz e Ispizua, 1989).

La recogida de datos se desarrolló durante el período de febrero de 2011 a febrero de 2012 empleando el criterio de la saturación teórica, con 44 horas de observación no participante, 95 horas de observación participante y 10 de conversaciones informales, antes, durante y posterior a la observación. Al finalizar la práctica clínica se hizo entrevistas en profundidad a cada estudiante, a la profesora supervisora y a un enfermero tutor, para un total de 14. Los materiales escritos analizados fueron el plan curricular de las asignaturas, los diarios reflexivos de las y los estudiantes y los planes de cuidado (PAE) que éstas y éstos realizaron.

Para el análisis de la información se siguió los tres momentos del método de comparaciones constantes, tal y como lo proponen Glaser y Strauss (1967). En el primero se realiza la codificación abierta para identificar categorías; en el segundo se relaciona las categorías por medio de la codificación axial, para identificar los núcleos temáticos emergentes; y en el tercero se completa las descripciones y relaciones entre categorías y núcleos temáticos y se identifica los ejes cualitativos centrales que atraviesan el corpus de datos a través de la codificación selectiva.

Las observaciones, documentos escritos, conversaciones informales y entrevistas transcritas fueron organizadas cronológicamente en el programa Atlas ti versión 6, el cual se empleó de manera exclusiva

³ La profesora o supervisora clínica tiene a su cargo la supervisión de un grupo de estudiantes (de 6 a 8 aproximadamente) y la tutora clínica o enfermera es quien tiene bajo su responsabilidad la formación práctica de un(a) estudiante.

para los procesos de almacenamiento, codificación, recuperación y reagrupación de los datos y en ningún momento con la intención de sustituir la sensibilidad fenomenológica y los procesos cognitivos de tipo reflexivo y analítico de los investigadores.

Este estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario y aprobado el 9 de junio de 2011 (Acta 11/11) con el N° PR144/11. Se preservó los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2015) y la Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) (1999) en su Título III.

Se contó con el consentimiento informado y por escrito de las personas participantes, quienes conocieron los objetivos, la justificación, los beneficios y alcances de la investigación. Para garantizar la privacidad de las y los participantes, sus nombres fueron sustituidos por nombres ficticios.

3. Resultados y Discusión

Los dos ejes cualitativos emergentes que dieron respuesta al objetivo Caracterizar el papel de la relación pedagógica y el impacto de las pedagogías de contextualización en la formación profesional de las y los estudiantes, fueron: a) Relación estudiante-enfermera: Núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica de las y los estudiantes. b) Pedagogías de contextualización: Convergencia de significados entre estudiantes y enfermera respecto al cuidar competente y humanizado en enfermería.

a. Relación estudiante-enfermera: Núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica del estudiante

La relación pedagógica estudiantes–enfermero(a) que ‘está por la o el estudiante’, es una relación implicada en su aprendizaje y atiende sobre aquello que necesitan conocer y aprender para cuidar de manera competente. La expresión ‘está por mí’ emerge del sentir de la o el estudiante delante de la relación de tutoría construida con el enfermero o la enfermera:

(...) cuando digo que “está por mí”, me refiero a que se ve que tiene interés para que yo aprenda; para que yo vea todo lo que él hace con detalles; no sólo que él lo hace, porque podría pasar, yo comparo con veces anteriores. El año pasado la enfermera hacía, yo miraba y si acaso una vez yo repetía el proceso, pero en cambio Jordi me está enseñando todo el proceso a empezar y a acabar una tarea, todas las cosas, toda la rutina que él hace me la está explicando toda, hasta donde está la carpeta, yo qué sé, de las pegatinas, cualquier cosa y entonces al explicármelo todo, pues yo veo que está por mí, que le interesa, y eso, pues claro da más ganas de aprender porque tú ya tienes interés y ves que él es como recíproco, pues, por eso digo que tengo suerte, porque me está enseñando muchas cosas.(...) me lo está enseñando para poderlo hacer, no para que yo vea lo que hace, entonces veo que de verdad quiere que yo lo aprenda a hacer todo y yo siento que le estoy aprendiendo mucho, pero mucho. (C1, Estudiante Irene, 4, 19).

‘Estar por la estudiante’ significa considerarla como sujeto protagonista de su propio aprendizaje y de su propia experiencia, con reconocimiento y confianza, interrogándose por aquello que necesita para cuidar de manera competente a otra persona. Es una relación pedagógica que simultáneamente es una relación de cuidado; el enfermero que cuida de la estudiante enseña a cuidar, cuidándola, y esto posteriormente repercutirá en el cuidado del paciente. Es una relación que confía en la estudiante, que permite que ella vaya cada vez más por libre y progrese hacia la práctica autónoma. Es una relación que ofrece lo mejor de sí:

(...) tú tienes que estar por ellos muchísimo, les ofreces todo lo que tú sabes y esto ofrece muchas cosas; claro, ellos te preguntan sus inquietudes, te hacen trabajar más, (...) yo, cuando voy a casa, las preguntas que me ha hecho Irene, las vuelvo a pensar por sí podría haberle ofrecido algo más que en ese momento no he caído, al día siguiente se lo explico, ‘Irene: lo que me preguntaste ayer, mira que se me olvidó decirte...’, porque claro, todo no lo sabes o todo no te acuerdas en el momento y te obliga a actualizarte y a refrescarte y a trabajar y eso es, pues muy positivo para uno mismo (E, Enfermero Jordi, 4, 10).

Aquí puede apreciarse que el enfermero se toma en serio la necesidad de la estudiante (Sennett, 2003); escucha atentamente sus inquietudes, reflexiona sobre éstas, ofrece una respuesta, conoce las capacidades, habilidades y aptitudes para el cuidado y las limitaciones en su aprendizaje y empatiza/conecta con la

experiencia de ser estudiante; es consciente de lo que dice y hace en la acción pedagógica y su efecto en la práctica de la estudiante. Asume la práctica de tutoría clínica como una oportunidad para enseñar y aprender simultáneamente.

Para la estudiante, sentir que cada vez más va por libre le permite asumir la responsabilidad del cuidado de la otra persona, reflexionar en el interior de la acción “¿qué tengo que hacer?”, enfrentarse a problemas, aprender a resolverlos por sí misma y a tomar decisiones deliberadamente:

Pues mira, al principio, principio, a lo mejor lo hacia él y me lo iba explicando, pero muy poquito; desde casi desde el principio, ya me lo hizo hacer a mí, me dijo: ‘a ver, necesitamos esto, no sé qué’, lo preparábamos y lo íbamos haciendo y él me iba diciendo, y cada vez que lo repetíamos, pues a lo mejor la segunda vez yo preparo el material y la tercera vez ya ni me dice lo que tengo que hacer, ya ‘ve a la habitación y haces’; entonces es un proceso donde cada vez estoy más, voy más por libre, me va dejando hacer más cosas así, por libre. Al principio estaba allí al cien por cien y luego ya me va dejando la responsabilidad a mí cada vez más, que eso está bien porque así yo también, cuando estoy con él es como que me confío un poco más; en cambio cuando estoy sola, es como todo el rato pensando, ¿qué tengo que hacer?, siguiente paso y es un ejercicio, bueno, para asimilarlo todo (C1, Estudiante Irene, 4, 5).

Para Medina (2005), el aprendizaje significativo parte del interés y deseo de saber del sujeto; está relacionado con sus propias experiencias, convicciones y emociones, y ha sido elaborado reflexivamente por él mismo. Esto evidencia que el rol del profesor es ser un facilitador del aprendizaje y construir una relación basada en el diálogo, la confianza y el respeto por la libertad (Waterkemper, Do Prado, Moya y Schmidt, 2013).

Y finalmente, “estar por la estudiante” es autorizarla ante la equivocación; esto humaniza la relación pedagógica e incide también en la humanización en el cuidado a la persona hospitalizada. Cuando el enfermero la faculta a equivocarse delante de él, este error no es llevado a la cama del paciente:

Bueno, tenemos en cuenta los aspectos teóricos básicos que ellas deben saber de la escuela,... si no los traen sabidos, se los explico yo, no hay ningún problema, y luego intento explicarles los problemas que se pueden encontrar mientras hacen la técnica, porque no todo es teórico y siempre va a salir igual; te puedes encontrar pues, muchos problemas o varios problemas y es tan importante saber hacer bien la técnica, que todo salga perfecto, como saber equivocarte, y saber resolver esos pequeños problemas que van surgiendo. Intento, pues eso, explicarles todo tanto cómo van a hacer las cosas y si algo sale mal cómo resolverlo; si considero que ya son capaces de hacerlo solas, las dejo hacer sin ningún problema, y si no, pues voy y les apoyo con mi presencia; pero bueno, siempre que puedo les dejo hacer solas siempre y cuando ellas, pues, me den esa confianza (...) (E, Enfermero Jordi, 4, 29).

‘Estar por la estudiante’ es hacerse co-partícipe del error de ella, enseñar colaborativamente y aprender a resolver los problemas que surjan. Una relación pedagógica que está por la estudiante le autoriza a no-saber, a no-recordar y a preguntar por aquello que no ha comprendido. Es implicarse en su saber hacer, qué y cómo la estudiante está aprendiendo, cómo está ejecutando una acción clínica y qué razonamientos clínicos elabora alrededor de dicha ejecución. Es decir, se preocupa por integrar los contenidos teóricos enseñados en la escuela con la enseñanza de la práctica, señalar los problemas con los que se puede encontrar durante su ejecución clínica, enseñar a resolver los problemas que surjan y proporcionar confianza, seguridad y autonomía.

b. Pedagogías de contextualización: convergencia de significados entre estudiantes y enfermera(o) respecto al cuidar competente y humanizado en enfermería.

A continuación se presenta una situación pedagógica que muestra claramente el papel de la relación pedagógica en la formación clínica, reflexiva, relacional y ética de las y los estudiantes, que comienza en la entrega y recibo del parte y progreso hacia el interior de la habitación.

El enfermero comenta a la estudiante la situación clínica de un hombre que ha ingresado en la Unidad en la mañana; para ello emplea como pedagogía la contextualización, en la que proporciona información relevante como: antecedentes, fisiopatología y tratamiento y características de la relación con la familia y la dimensión socioemocional del paciente; este momento ayuda a enriquecer en la estudiante su imaginación clínica, la interiorización e interrelación de la información, el desarrollo de su razonamiento, juicio clínico y saliencia y por ende un hacer prudente y contextualizado. Al indagar al enfermero sobre la intencionalidad pedagógica de dicha contextualización, comenta:

Todo ese contexto de paciente complicado era lo que yo intentaba exponerle a Irene; que no podíamos plantear una planificación de cuidados rígida porque cada momento era cambiante. Había momentos en que el paciente tenía estados de ansiedad brutal, teníamos que abordarlo de una manera X y había momentos en que el paciente estaba totalmente consciente, orientado, totalmente tranquilo; la familia estaba bien y, bueno, pues, la dinámica había que cambiarla; entonces podíamos plantearlo como una situación muy, muy cambiante, muy dinámica y que te hacía extraviar tanto de momento, planificar y priorizar de forma diferente (...) era una situación un tanto compleja (...) Mi intención era que ella fuera consciente de que te podías encontrar con sorpresas todos los días y que no todo es blanco o es negro y que realmente nunca vas a tener la situación controlada siempre al cien por ciento, si no que todo te obliga a estar siempre en dinamismo contigo mismo, y priorizar y volver a priorizar y ahora lo tengo controlado y ahora de repente no (...) Situaciones cambiantes que hasta ahora, pues, en ese momento, Irene no se había encontrado, porque eran pacientes conscientes, orientados, semiestables, (...) era una situación muy cambiante en poco tiempo, y era una situación nueva con la que se encontraba ella, pero bueno, se adaptó muy bien (E, Enfermero Jordi, 4, 3).

El uso de pedagogías de contextualización en el momento de entrega y recibo de turno, donde hay un intercambio de información relevante sobre la evolución clínica de las personas hospitalizadas, favorece en la estudiante la imaginación clínica, la visualización del paciente: “to paint a picture” (Benner et al., 2010), la integración e interrelación de la información relevante de la condición clínica del paciente, la elaboración de razonamientos y juicios clínicos y la planificación de cuidados. Las pedagogías de contextualización de carácter holístico (multidimensional) acercan a la estudiante a atender la situación clínica de manera situada, reconociendo sus características y su singularidad e individualizando la necesidad o demanda del otro; por tanto, estas pedagogías favorecen desarrollar el conocimiento práctico de la estudiante. Como puede observarse, aquí el tutor pretendía mostrarle el carácter complejo y dinámico de la situación clínica que exigía una planificación de cuidados flexible y situada. Similar a los hallazgos de Benner et al. (2010), las pedagogías de contextualización que las educadoras clínicas emplean, están orientadas hacia la unicidad del paciente, hacia su propia singularidad, subrayando la información relevante en torno a su contexto (con sensibilidad a la experiencia y preocupaciones de éste), la elaboración de razonamientos y juicios clínicos (atendiendo al qué, cómo, por qué y cuándo realizar las acciones de cuidado), el sentido de saliencia (al permitirle notar qué debe ser abordado inmediatamente) y los aspectos éticos en el cuidado de la persona.

El siguiente diálogo, al interior de la habitación cuando enfermero y estudiante realizan la valoración física de la persona, una vez contextualizada su situación clínica, permite apreciar los procesos constitutivos del diálogo que menciona Schön (1992, 1998), “el decir y escuchar” y “el demostrar e imitar”. El enfermero proporciona las descripciones en la exploración física y ejecución clínica, y demuestra en su acción a la estudiante aquello que él considera relevante y esencial para el cuidado del paciente, acercándola más a la situación:

(...) El enfermero e Irene se dirigen hacia la cabecera del paciente al costado izquierdo de la cama, observan el drenaje de la sonda nasogástrica [previamente, en la entrega del parte, el enfermero le comentó a Irene sobre el importante sangrado quirúrgico que tuvo el Sr. Pepe en la intervención quirúrgica abdominal, por tal motivo hace énfasis en la valoración del drenaje gástrico, con la intención de valorar que dicho drenaje no sea hemático y que indique la persistencia del sangrado] y le pregunta a Irene:

Jordi: ¿Qué característica tiene el drenaje de la sonda nasogástrica?

Irene: ‘es como color oscuro, como tipo marrón oscuro, lo que hay en el receptal’

Jordi: ¿Hay que avisar? [Pregunta reflexiva pura]

Irene: ‘No, en este momento no’

Jordi: ‘y, bueno, bien ¿Por qué?’ [Pregunta reflexiva pura]

Irene: ‘porque es algo que ya pasó, que ya sangró y está café y ya pasó’ (O3 PA, Estudiante Irene, 3, 36).

Aquí, el enfermero a través de un diálogo reflexivo, pregunta a la estudiante sobre las características del drenaje y si hay que avisar, de modo tal que ella muestra sus hipótesis de comprensión y su razonamiento y juicio clínico respecto a si es preciso notificar y por qué. Ese ¿hay que avisar? análogo al tipo de pregunta ‘¿Y tú qué harías?’ descrito por Rodríguez (2012), ayuda a la estudiante a sumergirse en el interior de la situación, imaginar cómo actuaría, a analizar y plantear juicios.

Para Medina, Jarauta e Imbernon (2010), un modo para guiar a la estudiante a través de la pregunta hacia unos objetivos de aprendizaje concretos, es mediante la interrogación didáctica. Estas conversaciones socráticas se manifiestan cuando la dirección del aprendizaje se desarrolla mediante el encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual el pensamiento de la estudiante es guiado hacia el descubrimiento de las ideas y/o procedimientos que el docente desea mostrarle. En este tipo de conversaciones se puede recurrir a una multiplicidad de preguntas y a la emisión de orientaciones que, a modo de pistas, ayuden al alumnado a construir nuevos conocimientos. Cuando estos diálogos funcionan bien, la estudiante reflexiona acerca de lo que oye decir al docente y reflexiona sobre el conocimiento tácito que ella ha construido acerca de la idea o tópico que se esté abordando. Y el profesor a su vez, se pregunta mientras dirige la conversación, por aquello que la estudiante revela y manifiesta en cuanto a conocimientos, disposiciones o dificultades, y busca y piensa en aquellas preguntas que pudieran ayudarle a orientar mejor su pensamiento hacia el aprendizaje deseado.

Tal como se muestra en el siguiente diálogo que sucede en la habitación entre enfermero y estudiante al interior de la enseñanza de habilidades clínicas, en este caso la medición de la presión venosa central (PVC), que va más allá de un simple delegar o dar instrucciones respecto a cómo se ha de realizar la medición. El enfermero a través de un diálogo reflexivo con la estudiante revisa la anatomía y la fundamentación del por qué y para qué se realiza esta medición:

[...] Jordi le dice a Irene que hay que medir la PVC del Sr. Pepe. Jordi: 'bueno la vas a medir tú ¿para qué se mide la presión venosa central?, ¿qué es la PVC?'

Irene: 'La presión venosa central.'

Jordi: '¿Qué mide la presión venosa central?'

Irene: 'Mide el volumen de sangre que hay en el cuerpo'

Jordi: '¿A dónde va ese volumen? ¿Se puede medir en una vena periférica?' [Serie de preguntas]

Irene: 'No.'

Jordi: '¿Por qué?, ¿dónde si se puede?'

Irene: 'en un catéter venoso central porque va a la aurícula derecha'

Jordi: '¿y a esta aurícula derecha qué vena llega?'

Irene: 'La vena cava.'

Jordi: "muy bien en anatomía." (O3 PA, Estudiante Irene, 3, 37).

En este primer estadio de la práctica clínica de la estudiante, el enfermero acompaña junto a la cama del paciente y orienta el hacer de la estudiante. Y paulatinamente, el proceso de la autonomía se va dando de manera gradual y acorde con la singularidad de la estudiante.

Por su parte, el estado de atención operativa que mantiene la estudiante, es decir la disposición para trasladar lo que escucha a la acción (Schön, 1992), le permite seguir el consejo del enfermero, plantear preguntas más específicas, descifrar la información que éste le ha dado en sus descripciones o ejecuciones y conversar de manera reflexiva al interior de su acción, donde vincula las experiencias previas a la situación presente y se anticipa al paso siguiente:

Nelly: ¿Qué te ayuda a interrelacionar?

Irene: La experiencia, el recordar; supongo que una mezcla entre recordar lo que he hecho otras veces y avanzarme a lo que va a necesitar el paciente; por ejemplo el timbre, bueno, es que está siempre presente que tiene que estar cerca, pensar que va a necesitar un pañuelo, pues ya está, pues se acerca, (...) es una mezcla entre verlo, haberlo visto muchas veces como lo hacen [las/os enfermeras/os] y en también por mí sola, ir pensando qué va a necesitar el paciente y eso, o yo misma, ya no cuando acerco la mesa, cuando estoy haciendo un procedimiento; es una mezcla entre recordar como lo han hecho antes y pensar qué voy a hacer y necesito esto, pues eso es (C2, Estudiante Irene, 4, 50).

Ese ver la situación como aquella otra y hacer en ésta como ha visto hacer en la práctica del enfermero o en su propia práctica, es lo que Schön (1992) denomina el ver-como y hacer como, que capacita a la estudiante para

traer a colación la experiencia pasada a la situación presente y progresar desde la imitación del enfermero a la imitación de sí misma, o “imitación reflexiva”, en palabras de Schön.

Al preguntar al enfermero respecto a la intencionalidad pedagógica de su enseñanza clínica, se aprecia que ésta se orienta hacia el cuidado de la estudiante y el cuidado del paciente:

Bueno, busco un poco el volver a poner, el volver a motivar a la alumna in situ delante del paciente, pues, su respuesta, porque son momentos de presión relativo, tú previamente le has dado a ella la seguridad, la confianza de que, bueno, de que si falla una respuesta no va a pasar nada; entonces yo considero que delante del paciente se puede hacer ciertas preguntas y ciertas respuestas. Por supuesto ninguna pregunta de las que yo hice allí iba a poner en evidencia a la alumna en ningún caso, sí que es cierto que el paciente en todo momento sabe que Irene, pues, viene a aprender y, realmente cuando la alumna tiene capacidad para hacer actividades sola o para hacer cualquier cosa sola y entra a la habitación, el paciente también ha hecho un ejercicio de confianza con ella porque lleva días viéndola y lleva días sabiendo cómo hacer las cosas; pero claro, por algo se empieza cuando te encuentras con un paciente nuevo, pues, entras, te presentas, presentas a Irene, le explicas a Irene in situ ese día los dispositivos que lleva, haces una reflexión del por qué los lleva con preguntas abiertas para que ella exponga todo lo que ella sabe, (...) y cuando hay algo que retocar de esas respuestas o de corregir, se intenta hacerlo fuera de la habitación para que el paciente no lo escuche, para no dejar en evidencia a la alumna ahí delante precisamente. (E, Enfermero Jordi, 4, 4).

Aquí se puede evidenciar la seguridad, confianza y autorización a la equivocación que proporciona el enfermero a la estudiante, junto con procesos de reflexión en la acción y de reflexión sobre la acción -a modo de retroalimentación fuera de la habitación-.

También se aprecia cómo el enfermero asegura un ambiente de seguridad para la estudiante y el paciente, y tal como afirma Medina (2005), éste es uno de los principios más importantes de una tutoría reflexiva:

(...) siempre doy ciertas pautas antes de, cuando vamos a entrar a la habitación del paciente, pues, siempre le digo a Irene, en este caso le decía: ‘bueno, vamos a presentarte como alumna, pero tú aunque seas alumna y aunque no sepas hacer una técnica, yo voy a estar al lado tuyo y siempre tienes que entrar dándole la sensación de confianza al paciente’, y es una actividad que siempre les hago hacer porque cuando pinchan por primera vez, canalizan una vía por primera vez, sondan por primera vez, ellas están nerviosas y es normal, y aunque tú intentes transmitir tranquilidad, pues, siempre algo queda de nerviosismo, pero eso no se lo puedes transmitir al paciente porque él tiene que tener una sensación de seguridad porque tú estás ahí para cuidarle y, bueno, también entra ahí en juego otro reto, que le pones a ella. Es decir: ‘bueno, entramos y aunque tú no sepas hacer ciertas cosas yo te las voy a explicar’, cuando te pones a hacer el ejercicio de tranquilizarte, das sensación de esa seguridad, que el paciente la necesita porque nosotros estamos al servicio del paciente, quieras o no quieras, y con eso, con todo, luego hay preguntas que se puede hacer delante de él sin ningún problema, para eso está, para aprender, pero hay ciertas cosas, ciertas preguntas, pues, ‘bueno, vamos a sondear al paciente, bueno, antes de entrar repasamos los pasos, es lo que hacemos antes, primero se hace esto, luego se hace esto, luego se hace esto y yo voy a estar al lado tuyo y si tienes alguna duda, tranquila que yo me daré cuenta y lo resolveremos sin que el paciente se dé cuenta y no hay ningún problema’, pero siempre, sensación de seguridad porque el paciente también tiene que ir evolucionando en esa relación alumno-paciente, (...) (E, Enfermero Jordi, 4, 16).

Aquí el enfermero proporciona presencia, seguridad y le autoriza a no-saber. Emplea como estrategias la contextualización, la recapitulación del procedimiento antes de ingresar en la habitación, el proporcionar tranquilidad y acompañar a la estudiante estando presente.

La práctica de tutoría se preocupa y es consciente de la importancia de establecer relaciones de confianza entre estudiante y paciente:

(...) sí que es cierto que el paciente en todo momento sabe que Irene, pues, viene a aprender y, realmente cuando la alumna tiene capacidad para hacer actividades sola o para hacer cualquier cosa sola y entra a la habitación, el paciente también ha hecho un ejercicio de confianza con ella porque lleva días viéndola y lleva días sabiendo cómo hace las cosas, (...) y con todas estas actividades el paciente va cogiendo confianza porque él la va conociendo; él sabe que ella piensa que está aprendiendo y lo hace bien y, bueno, pues, él también vive la progresión de que yo la acompaño, de que vamos juntos, de que luego le doy más cuerda, más cuerda, más cuerda y cuando el paciente no se da cuenta, ni ella se da cuenta, están los dos solos en la habitación; el paciente como paciente, con total confianza hacia la alumna porque la ve como una más del equipo; no la ve como alumna ya, aunque sabe, porque días anteriores se ha presentado como alumna que viene a aprender y la alumna tiene completa confianza porque está segura de lo que va a hacer; entonces ahí vuelves a establecer una relación, un *feedback*, fíjate que ya hablamos de tres campos, ya no hablamos sólo de

profesor-alumna y alumna-profesor sino que también entra en juego el paciente en todo ese proceso de aprendizaje;; estás enseñando al paciente a que sepa que ella es alumna sin darse cuenta cada vez con mi presencia, mi presencia se va alejando, alejando, alejando y al final se han encontrado solos los dos en una relación terapéutica; él hace de paciente cien por ciento con ella, le da confianza y ella de enfermera aunque tiene el rol de alumna, y los dos no se han dado cuenta que se han encontrado solos, ella haciendo su actividad completamente correcta y él haciendo de paciente sin ningún problema e incluso le expone sus necesidades como las puede exponer a mí (E, Enfermero Jordi, 4, 17).

El enfermero desde el primer momento presenta a la estudiante al paciente, se preocupa porque ella se sienta lo más cómoda y segura posible delante de éste, simultáneamente proporciona confianza al paciente con su presencia y su experticia clínica. Por su parte la estudiante capta esa confianza, seguridad y presencia del enfermero; es así que, en el interior de la habitación puede actuar con seguridad y confianza. Por consiguiente, el paciente capta la confianza que genera la relación enfermero-estudiante, y de manera recíproca confía y 'les autoriza para estar y hacer'.

Éste es uno de los aprendizajes experienciales o de las experiencias más significativas para que el estudiante establezca relaciones de confianza con la persona hospitalizada.

Progresivamente, la práctica de tutoría favorece la práctica autónoma de la estudiante. En la siguiente semana el enfermero le pide el establecimiento de prioridades y cada vez más le va delegando actividades de cuidado. Pedirle el establecimiento de prioridades le ayuda a interrelacionar, a reflexionar en el interior de la acción "¿qué, cómo, por qué y cuándo?" y a desarrollar de un sentido de saliencia, al notar aspectos urgentes y menos urgentes en una situación clínica. El sentir que le delegan actividades de cuidado es vivido por la estudiante como un reto; esto le genera confianza y es una manera de poner a prueba cómo se desenvuelve sola.

Paulatinamente, la estudiante adquiere un saber práctico: 'Ir con cuidado'

(...) se tiene que ir con mucho cuidado

Nelly: ¿Qué significa ir con mucho cuidado?

Irene: pues, no sé, a lo mejor hay pacientes que no requieren tantos cuidados y vas a la habitación y les pones la medicación, los arreglas y a lo mejor no requieren tu atención tanto como otros, como por ejemplo éstas [hace referencia a otras dos pacientes] de las cuales había que estar pendiente, a eso me refiero, a tener cuidado, a estar pendiente de ellas, de su evolución porque era una situación más delicada, a eso me refiero. (C2, Estudiante Irene, 4, 40).

Nelly: esto que acabas de decir de ir con mucho cuidado, eso me lleva a pensar en ir con mucho cuidado de acuerdo con la situación particular de cada quien.

Irene: Sí, sí exacto, claro, de cada paciente que tiene dolor en tal sitio, pues hay que tener cuidado con eso, que tiene fiebre, pues hay que controlarle eso, que es muy sensible, pues, ir con cuidado, a eso me refiero, a la situación de cada uno. (C2, Estudiante Irene, 4, 34).

(...) ya voy con cuidado, pero igualmente con él el doble, porque él no ve lo que voy a hacer [referencia a paciente invidente], entonces yo le decía: 'vengo a mirarle el apósito que está muy sucio', entonces yo le levantaba el brazo, iba con cuidado porque, no sé, también para transmitir confianza, para no ir a lo bruto, para ser delicado. (...). (E, Estudiante Irene, 4, 81).

Este conocimiento práctico que interioriza y obtiene de cada encuentro con el paciente se manifiesta en la observación cuidadosa, sistemática y empática, en la acción deliberada y prudente que distingue lo relevante y lo no relevante y decide qué es lo más lo urgente y lo menos para la persona, que en la tradición Aristotélica se conoce por *phrónesis*, es decir, el saber mediador entre pensamiento y acción. Es así que la estudiante es atravesada por su práctica, y obtiene un saber de experiencia, "ir con cuidado a la situación de cada uno". Un saber experiencial que le permite percibir cada situación clínica como si fuese un caso único y saber distinguir y responder en cada situación.

4. Conclusiones

El prácticum de enfermería es el escenario que aproxima a los estudiantes al mundo real de la enfermería y favorece que surjan aprendizajes de manera experiencial y situada, tales como: progresar hacia una práctica

reflexiva y crítica; sensibilidad fenomenológica hacia las necesidades y la experiencia de salud y enfermedad del otro(a); adquirir habilidades y conocimiento práctico; socializarse en la cultura del sistema de salud, más concretamente, el de la enfermería y gestionar los cuidados de la persona hospitalizada en un espacio y tiempo determinado.

Las y los estudiantes traen un saber experiencial, fruto de su biografía y/o de experiencias vividas -algunos estudiantes eran cuidadores de sus padres, otros se desempeñaban como personal auxiliar de enfermería-. Este conocimiento, por su importancia pedagógica para su formación como enfermeros(as), les favorecerá acercarse o desplazarse hacia la experiencia del otro(a). Percibir este conocimiento experiencial de las o los estudiantes puede resultar significativo para destacar y reconocer los rasgos y cualidades de su cuidado, asignarles importancia pedagógica a éstos, vincularlos con el conocimiento de enfermería y construir interacciones de cuidado competentes y significativas con los pacientes. Esto implica, por lo tanto, mirar y reconocer a las o los estudiantes desde sus cualidades, capacidades y potencialidades y de manera pluridimensional.

Las pedagogías de contextualización de carácter holístico (multidimensional) acercan a las o los estudiantes a atender la situación clínica de manera situada, reconociendo sus características y su singularidad e individualizando la necesidad o demanda del otro(a); por tanto, estas pedagogías favorecen en ellas o ellos, desarrollar este conocimiento práctico de “ir con cuidado a la situación de cada uno” y por ende a un hacer prudente, sensible y razonado.

Este aprender a saber distinguir y responder en cada situación por lo relevante y pertinente, implica actuar de manera deliberada, conocido en la línea de la tradición Aristotélica como *phrónesis*, y actuar con consciencia o tacto delante de la situación para distinguir activamente lo que es apropiado de lo que no lo es, en orden a desarrollar un sentido de saliencia caracterizado por ese matiz perceptual y por emerger en el interior de la situación clínica del paciente; es decir, la capacidad de discriminar entre lo relevante y lo no relevante y decidir qué es lo más urgente y lo menos para la persona en particular. ‘Ir con cuidado’ y ‘saber distinguir cada situación’ se constituyen así en aquellos saberes experienciales que las o los estudiantes van adquiriendo durante su prácticum clínico, que les permiten percibir cada situación clínica como si fuese un caso único.

Las o los estudiantes pueden responder ante las demostraciones y descripciones del enfermero o la enfermera tutor(a) descifrando los significados y rasgos esenciales y traduciendo aquéllos en una nueva ejecución a través de la imitación reflexiva, la cual adquiere un carácter explorador y reflexivo en la acción de las o los estudiantes, de modo que progresan desde la imitación del enfermero o la enfermera a la imitación de sí mismo.

Para las o los estudiantes, el hecho de que les deleguen actividades de cuidado, es vivido como un reto; es una manera de poner a prueba su propio desempeño, y esto les genera motivación, responsabilidad en el cuidado de la otra persona, atención y reflexión en el interior de la acción “¿qué, cómo, por qué y cuándo?”, toma de decisiones deliberadas y razonadas, ejecución de acciones reflexionadas y éticas (responsables) y aprender de manera experiencial. Sentir que ‘cada vez va más por libre’ es un proceso que sucede de manera gradual y acorde con su singularidad; esto les permite confiar en sí mismos(as), propiciar el entrenamiento en habilidades clínicas, el desenvolvimiento delante de los cambios o giros que pueden tomar las situaciones clínicas, la adopción de una disposición para atender de manera operativa e imitar reflexivamente el favorecimiento de su práctica autónoma y la reflexión sobre su proceso de formación.

Referencias

- Andrews, G., Brodie, D., Andrews, J., Hillan, E., Gail, B., Wong, J. & Rixon, L. (2006). Professional roles and communications in clinical placements: a qualitative study of nursing students’ perceptions and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 861-874. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.008
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional* (1ª. ed.). Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, S.A.

- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation* (1st ed.). United States of America: Jossey-Bass.
- Carlson, E., Wann-Hansson, C., & Pilhammar, E. (2009). Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Education Today*, 29(5), 522-526.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2015). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de http://www.ub.edu/reerca/Bioetica/doc/Declaracio_Helsinki_2008.pdf
- Dewey J. (2007). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Diekelmann, N. (1988). Curriculum revolution: a theoretical and philosophical mandate for change. En National League for Nursing (Ed.), *Curriculum revolution: mandate for change* (137-157). New York: NLN Publications.
- (2001). Narrative pedagogy: Heideggerian hermeneutical analyses of lived experiences of students, teachers, and clinicians. *Advances in Nursing Science*, 23(3), 53-71.
- Gadamer, H. (2007). *Verdad y método*. (12^a. ed.). Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Editorial Gedisa.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Editorial Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter
- Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. California, United States: Sage Publications Inc.
- Ironside, P. (2005). Teacher talk: New pedagogies for nursing. Learning the practices of knowing and connecting: the voices of students. *Journal of Nursing Education*, 44(4), 153-155.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (1999). *BOE A 298 23750*. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* (1^a. ed.). Barcelona, España: Laertes S.A.
- (2005). En torno a la noción de reflexión. *Àgora d'Infermeria*, 9(1), 730-735.
- Medina, J., Jarauta, B. e Imbernon, F. (2010). *La enseñanza reflexiva en la educación superior*. Barcelona, España: ICE y Editorial Octaedro S.L.
- Noddings, N. (2009). *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter* (1^a. ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Rodríguez, M. (2012). *El arte del cuidado: Un legado reflexivo de saber*. (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid, España, Villaviciosa de Odón.
- Ruiz, J. e Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Madrid, España: Editorial Universidad de Deusto.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid, España: Paidós Ibérica S.A.
- (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.
- Sennett, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Solvoll, B. & Heggen, K. (2010). Teaching and learning care - Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30(1), 73-77. doi:10.1016/j.nedt.2009.06.003
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.

- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid, España: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina.
- Van Manen, M. (1998). *El Tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.
- Van Manen, M. (2004). *El tono en la enseñanza: El lenguaje de la pedagogía*. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.
- Waterkemper, R., Do Prado, M., Moya, J. & Schmidt, K. (2013). Development of critical attitude in fundamentals of professional care discipline: A case study. *Nurse Education Today*, 34(4), 581-585. doi:10.1016/j.nedt.2013.07.015

Bibliografía

- Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona, España: Idea Books.

Teoría del cuidado transpersonal integrado en la formación académica de un programa de enfermería

Luz Elvia España Jiménez¹

Jeimy Stefany Osorio Parra²

Resumen

La teoría de cuidado transpersonal de la Dra. Jean Watson brinda un nuevo significado de la enfermería y define el cuidar como una forma de humanizar la praxis de enfermería, brindando un cuidado integral. El propósito de este trabajo es conocer y evidenciar el proceso de integración y operacionalización de la teoría en los documentos institucionales de un programa de enfermería, el cual tiene la teoría como base filosófica para el desarrollo y proceso de formación profesional.

La investigación además contribuye al rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal mencionados por la Dra. Watson, al dar evidencia de la aplicabilidad de la teoría del cuidado en diferentes contextos de enfermería. Las autoras aprecian la significancia y trascendencia de cada aspecto para la disciplina y la vida.

Palabras clave: Cuidado, cuidado transpersonal, humanización, enfermería.

Theory of transpersonal integrated care in the education of a nursing program

Abstract

Dr. Jean Watson's theory of transpersonal caring gives a new meaning of nursing, and defines caring as a way of humanizing nursing practice providing comprehensive care. The purpose of this study was to determine and demonstrate the integration process and operationalization of the theory in institutional documents of a nursing program, which has the theory as a philosophical base for the development and training process.

The research also contributes to the rescue of human, spiritual and transpersonal aspects mentioned by Dr. Watson, by giving evidence of the applicability of the theory of caring in different contexts nursing. The authors appreciate the significance and importance of each aspect to the discipline and life.

Key words: care, transpersonal caring, humanization, nursing.

1. Introducción

El trabajo de Watson ha sido considerado una filosofía, un diseño, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría. Watson (2013, párr. 4) define teoría como “un grupo imaginativo de conocimiento, ideas y experiencias que se representa simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado”. En sus primeros trabajos fue influenciada tanto por puntos de vista orientales y occidentales, como por diversos filósofos.

En los principales conceptos y definiciones incluye los 10 factores de cuidado, relacionándolos estrechamente con las nociones de ‘caritas’, palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, una atención afectuosa” (Alligood y Tomey, 2011, p. 112). La base de su teoría describe una relación transpersonal en la cual se establece un vínculo especial de cuidado humano, una unión con otra persona, de una manera respetuosa para el ser y su estar en el mundo.

¹ Estudiante de Enfermería, X semestre Universidad del Quindío. Correo electrónico: luzej08@gmail.com

² Estudiante de Enfermería, X semestre Universidad del Quindío. Correo electrónico: jeimysolm4217@gmail.com

Watson (citada por Rivera y Triana, 2007) sostiene que:

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. (p. 1).

Actualmente son muchos los procesos que dan respuesta a este llamado, y están encaminados a lograr la humanización de las instituciones y el personal de salud; esto está unido significativamente a la inclusión y compromiso desde la formación en pre y posgrado. Como manifiesta Caro (2009):

Es a partir de la formación universitaria cuando el estudiante fortalece competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión. (p. 174).

Esta reforma aplica no sólo en la práctica clínica sino en cualquier área o situación en la que intervengan seres humanos y haya un profesional de enfermería mediando algún proceso, bien sea educativo o de restablecimiento de salud. El uso, la integración y la aplicabilidad de las teorías de enfermería son las bases para brindar cuidado y establecer procesos de atención, vínculos y acciones de cuidado de calidad, impulsados hacia la humanización de la salud.

El programa de Enfermería, objeto de la investigación, tiene como base filosófica la teoría del cuidado transpersonal de la Dra. Jean Watson para sustentar, orientar e innovar el proceso de formación académica de los futuros profesionales de enfermería, guiando el ser y el quehacer de la profesión. Invita a retomar la esencia propia del cuidar, como una acción considerada y fina; incentiva la creatividad al propiciar momentos de cuidado transpersonal que incluyan nuevas modalidades terapéuticas, fortaleciendo el amor por la profesión al lograr poner en manifiesto la esencia etérea de la Enfermería (Caro, 2009).

El interés del presente proyecto se basa en la importancia de conocer y generar evidencias respecto a cómo, mediante la integración de la teoría del cuidado transpersonal, se instaura la formación y generación de espacios académicos para formar enfermeros humanizados. Esta identificación permite dar certeza de cómo se articula la teoría a lo largo de la formación profesional, y al ser manifiesta, se propende por crear sentido al estudiante y al docente al acercarlos al concepto a partir de la experiencia desde la academia, visibilizando las prácticas que les permiten rescatar y/o reafirmar la sensibilidad humana, y les aproximan al reconocimiento de sí mismos y del otro como un ser integral para generar un vínculo de cuidado con calidad.

El compromiso social que tiene la enfermera para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de esa otra persona, a través de una relación holista. (Ibarra y González, 2006, p. 3).

Finalmente, cabe resaltar el compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión al aportar a la construcción de conocimientos y brindar bases sólidas para incentivar procesos similares sustentados en teorías de enfermería que promueven la identidad y alimentan el crecimiento profesional y personal con acciones transformadoras.

2. Metodología

Investigación de tipo cualitativo, de revisión documental. El proceso metodológico se llevó a cabo a través de los modos de producción de conocimiento, y fue dividido en dos fases:

2.1. Heurística: Búsqueda, recolección y revisión de documentos. Las fuentes de recolección usadas fueron Scielo, Discovery Service, Science Direct, Enfermería al Día, Biblioteca Euclides Jaramillo, Biblioteca Luis Ángel Arango, monografías e investigaciones Uniquindio, entre otras. Lo anterior, teniendo presente que los documentos cumplieran con los criterios de inclusión. Inicialmente fueron diseñadas 2 matrices de revisión del estado del arte, que incluían los siguientes ítems para la clasificación de la información: Categorías, Referencias Bibliográficas, Descripción Teórica, Matriz de Análisis.

Total de documentos revisados, 74, de los cuales 25 cumplieron con los criterios de inclusión para el análisis; 10 hacen referencia a las bases teóricas usadas por la Dra. Watson, 6 a la teoría del cuidado transpersonal y 9 a temáticas complementarias.

A partir de las matrices se obtiene tres categorías principales: bases teóricas, metaparadigma y prácticas. De cada una de éstas se formula diversos enunciados y preguntas sobre los aspectos relevantes de la teoría del cuidado transpersonal y los elementos que permiten su operacionalización. Desde este punto se realizó la categorización deductiva de la teoría del cuidado transpersonal, base para crear la ficha de clasificación y análisis documental que facilita de forma práctica la obtención de datos de los documentos del programa de Enfermería.

Las categorías deductivas obtenidas fueron 4: -Cuidado y bioética en enfermería, -Trascendencia personal y profesional, -Academia y formación profesional, -Ámbito contextual, con un total de 26 enunciados.

La ficha cuenta con los siguientes ítems: título del documento, tipo de documento, localización, autores y perfil profesional, lugar y año de creación, edición, volumen, editorial, clasificación documental, observaciones, categoría, descripción. Con ésta se realizó la revisión de los documentos que sustentan el programa de Enfermería.

Total de documentos revisados: 28, de los cuales fueron analizados 6; los 22 restantes no fueron incluidos pues su contenido no era aplicable a la ficha de análisis; correspondían a datos numéricos o estaban contenidos en otro documento.

2.2. Hermenéutica: en esta fase se realiza el análisis y la interpretación de la información obtenida previamente en la ficha de análisis documental; para ello se utiliza el método narrativo. Se triangula los datos buscando explicar o interpretar la manera como se evidencia, integra y operacionaliza la teoría del cuidado humano, en lo que respecta a sus documentos en el área de docencia, investigación y proyección social dentro del programa de Enfermería.

3. Resultados y Discusión

En la categoría de Bioética en Enfermería se evidencia en la mayoría de los documentos revisados la existencia de conceptos y formación académica orientada por principios éticos y bioéticos en enfermería (no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía) que orientan el ejercicio profesional, como lo evidencia la siguiente frase, citada textualmente, al pretender "...la formación de profesionales de Enfermería con alto sentido ético, moral, humanístico y social que se distinguen como líderes por su excelencia académica y científica..." (Universidad de La Sabana, 2011); esto indica que la estructura del programa de Enfermería está orientada a formar enfermeros con un alto sentido de la ética, la moral, el humanismo y una gran dosis de preocupación por el bienestar social.

Igualmente, se evidencia en los documentos analizados la existencia de la integración de valores en las áreas de formación de manera continuada, que fortalecen y dan sentido al acto de cuidado (equidad, respeto, tolerancia, amor, bondad, empatía) donde cada miembro tiene una posición activa en la apropiación individual de los significados para la construcción de valores en diversas situaciones personales y sociales de interacción, de acuerdo con lo propuesto en la teoría humanista de Carl Rogers (1902-1987) y aspectos propios de la teoría del cuidado transpersonal de Watson. Se puede observar que en los documentos revisados, el programa de enfermería tiene planteado dentro de su formación el desarrollo de competencias, siempre articulado a los principios de la teoría de Watson, quien manifestaba que la formación en enfermería y el sistema de asistencia sanitaria deben estar basados en los valores humanos e interesarse por el bienestar de los demás. "El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos" (Urra, Jana y García, 2011). Esto define las responsabilidades sociales y éticas de la Enfermería; por esta razón, el desarrollo del componente de ética y bioética del programa se desarrolla de forma trasversal, lo cual deja al descubierto cómo se encuentra articulada la bioética en enfermería a lo largo de la formación académica, permitiendo que cada individuo cree, en el proceso, su apropiación de diversos valores, según cada experiencia vivida durante los diferentes ciclos de la formación.

Esta categoría también se interesa por conocer si dentro de lo planteado en los documentos del programa se incentiva y fomenta el reconocimiento y el respeto por las diferencias en el otro, el entorno y la comunidad, propendiendo por el logro de la armonía mediante la relación intersubjetiva, como lo plantea la teoría del cuidado transpersonal. En los documentos se encuentra que en el programa de Enfermería si se realiza estas acciones, dado que se propende por la formación de un profesional con profundo respeto por la vida y sensibilidad, un profesional capacitado en la comprensión y aplicación de los conocimientos adquiridos y desarrollados de forma integral hacia los diferentes contextos de práctica clínica y comunitaria. Aquí se muestra cómo el programa estudiado se interesa por que el profesional de enfermería tenga una formación basada en el respeto por el otro a partir de la comprensión en los diferentes contextos que se le pueden presentar en el desarrollo de la profesión.

En cuanto al perfil docente, esta categoría busca conocer si éste es un modelo guía para la formación en valores, consejería, conocimientos, si es facilitador del proceso de aprendizaje que permite la expresión y orienta diferentes procesos en busca de la construcción de conocimientos grupales e individuales, ante lo cual los diferentes documentos responden de forma positiva, pues en algunos de éstos se comprueba que sí se propende por la búsqueda de docentes con las características mencionadas, en donde el docente es facilitador acogido a una pedagogía de tipo constructivista, contemplando a la educación como un proceso dinámico y evolutivo en el cual es mediador y dinamizador del proceso enseñanza-aprendizaje en la fundamentación de una educación integral, de acuerdo con la misión, visión y filosofía de la universidad. Esto, enmarcado en un enfoque pedagógico activo de tendencia constructivista, el cual está centrado en la persona y en sus experiencias previas, a partir de las cuales ésta realiza nuevas construcciones mentales. Aquí se evidencia cómo el docente entra a hacer un papel de intermediario y facilitador de procesos que el individuo adopta a partir de su propia experiencia y de las construcciones mentales que lo llevan a edificar el conocimiento.

Dentro de esta categoría también se contempla y considera las necesidades de autorrealización y crecimiento personal de la comunidad académica y los individuos sujetos de cuidado, así como de las necesidades fisiológicas básicas, de seguridad y afiliación, mostrando especial importancia por la individualidad, la privacidad e intimidad, para el desarrollo del proceso de formación con calidad e integridad, como lo determina la Dra. Watson en su proceso Caritas, proyecto que nace con la idea de proporcionar atención a las necesidades de salud de la comunidad estudiantil mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento precoz, recuperación y rehabilitación integral a través de la prestación de servicios de salud tendientes a mejorar la calidad de vida de los usuarios. En este párrafo se puede observar cómo se tiene en cuenta algunas de las necesidades de los estudiantes, con el fin de tener una población estudiantil con mayor calidad de vida.

Dentro de los documentos también se busca evidenciar la existencia de la intersubjetividad mediante la aceptación, consideración y respeto, sin discriminación de elementos o fenómenos significativos e importantes para el sujeto en la creación del plan de cuidados (valores, creencias, ritos, costumbres, tradiciones) en pro del empoderamiento del individuo, para lo cual se observa que en diferentes secciones de los documentos se contempla la intersubjetividad planteada a partir de la teoría del existencialismo, como parte de la estrategia del enfermero para lograr crear conjuntamente con el paciente, un plan de cuidados que tenga en cuenta dichas particularidades, de tal manera que la práctica de enfermería implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Respecto a la categoría de Trascendencia Personal y Profesional se logra concluir que el programa estudiado, contempla la empatía como elemento fundamental a partir del principio de alteridad, tal como lo determina la filosofía levinasiana para promover, potenciar las capacidades y perfiles profesionales a partir de las expectativas e intereses, lo que posibilita el crecimiento intelectual, emocional y práctico que orienta a la trascendencia, base para el establecimiento de relaciones transpersonales e intervenciones de cuidado a realizar desde las teorías aplicadas en la práctica, como un proceso dinámico que potencia al estudiante y a su vez al docente para desarrollar todo su contenido funcional, asegurando la evolución permanente hacia la adquisición de habilidades, destrezas y actitudes propias del profesional de enfermería.

Así mismo describe la importancia de establecer un vínculo terapéutico intersubjetivo pero no fusionado en el cual se conserve la autonomía e individualidad de los sujetos en cualquier ámbito donde se ejerce la

disciplina, como lo determina el proceso Caritas. Los textos describen una relación o establecimiento del vínculo terapéutico intersubjetivo y constructivista en el cual se conserva la identidad y autonomía de cada individuo participante.

Se evidencia además la existencia de procesos y mecanismos que propenden por la trascendencia de la profesión desde el ser, el saber y el quehacer de enfermería, con orientación multidimensional que permita el desempeño, intervención, proyección y práctica profesional en diferentes áreas y ámbitos del cuidado. Señala al profesional de enfermería como educador y agente de cambio y transformador social que contribuye a la construcción de una sociedad mucho más autónoma, que sea autogestora y genere su propia solución de problemas en los diferentes niveles de atención; describe además que el acto de cuidado se fundamenta en teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

En los documentos se reconoce y describe mecanismos y medios de participación de la comunidad educativa del programa, los cuales permiten el crecimiento, libertad de expresión y decisión, potencian la creatividad, la autonomía, el crecimiento y la realización personal integral, fundamentos de la teoría levinasiana en la cual el acto de respeto y reconocimiento al otro, son el momento en que adviene la subjetividad y a través del cual se logra la trascendencia, como expone uno de los textos, en el cual se reconoce los medios de participación que permiten el crecimiento, la libertad de expresión y toma de decisiones mediante diversos procesos como: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Incentiva el reconocimiento de enfermería como un proceso racional e intersubjetivo vinculado a la trascendencia y valores, enfocada al entendimiento del proceso salud-enfermedad con una visión humanística integrada, y al profesional de enfermería como sujeto unificador y líder de procesos, en concordancia con la esencia del humanismo, sus características fundamentales como la visión holística del ser humano y su enfoque a potenciar las virtudes y aspiraciones del ser. Los documentos definen profesionales formados y capacitados, para aplicar y desarrollar de forma integral los conocimientos adquiridos en diferentes contextos de práctica clínica y comunitaria, ofreciendo a la sociedad un profesional de características holísticas en la prestación de los servicios propios al profesional de enfermería.

Jean Watson contempla en su teoría del cuidado como esencia de la profesión, un momento en el cual se establece un vínculo terapéutico sensible a las necesidades del otro, intersubjetivo, que trasciende diferentes dimensiones, aplicable a cualquier contexto, situación o sujeto de cuidado, que integra las artes y la ciencia para promover el logro de la armonía y la adopción de conductas que favorecen la salud. Los documentos analizados se ajustan a este principio y describen que el acto de cuidar se evidencia a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el profesional de Enfermería y el ser humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida y situación de salud y entorno. Cuidar es ante todo un acto de vida; son todas aquellas actividades que están encaminadas a mantener, conservar la vida y permitir que se reproduzca y continúe. El estudiante y futuro profesional debe reconocer que la profesión se convierte en el Arte de Cuidar, en donde la relación cuidado-cuidador se reafirma cada vez más en el ser humano como ser social viviendo su cotidianidad.

Finalmente, en los documentos se contempla los diferentes fenómenos como entes modificables que permiten el crecimiento y el cambio, manteniendo una mentalidad abierta a las nuevas experiencias, en acierto con la filosofía fenomenológica y dando respuesta a elementos del proceso Caritas con el presupuesto teórico que manifiesta que desde esta perspectiva, el cuidado integral de Enfermería se define como el estudio de los fenómenos psíquico-orgánicos y sociales producidos en la relación del hombre-familia- comunidad-medio ambiente, para producir y desarrollar niveles de cuidado integral, acordes con los momentos contextuales e históricos de salud.

En la categoría de Academia y Formación Profesional se encuentra elementos que manifiestan que en la formación profesional se aplica y practica modelos y teorías de cuidado como guías para establecer procesos de atención de enfermería y orientar el ser y quehacer de la profesión. Como se afirma en los documentos, “se fundamenta en teorías y tecnologías propias de enfermería que nos permiten reconocer en el ser humano su carácter único e irrepetible y su inmenso potencial, para abordarlo con idoneidad ética en una relación interpersonal de CUIDADO INTEGRAL” (Fernández, 2011, p. 11).

Se contempla además la integración y participación interdisciplinar, tiene en cuenta la experiencia de pares u otros profesionales que complementen y fortalezcan la formación profesional y el conocimiento, y nutran la experiencia educativa, como resaltan la filosofía levinasiana y la humanística. El programa de enfermería ha integrado desde sus inicios un grupo de trabajo educativo conformado por profesionales de enfermería y de otras áreas del conocimiento que le han permitido proponer a los estudiantes, escenarios de enseñanza-aprendizaje, basados en conocimientos científicos y tecnológicos.

Es importante resaltar que la teoría considera importante la inclusión de elementos, técnicas y herramientas que favorezcan la sensibilización y el desarrollo de habilidades comunicativas, que al permitir el redescubrimiento del yo y el otro, se dé el fortalecimiento de relaciones interpersonales empáticas, promoviendo el cuidado sensible y humanizado. En el estudio realizado hay actividades en Promoción del Desarrollo Humano, las cuales hasta el momento dan respuesta parcial a esta necesidad, establecen la realización de actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida de los y las estudiantes, docentes, investigadores y administrativos, a través del fortalecimiento de actitudes y valores que son traducidos en procesos de comunicación, de convivencia pacífica, equidad y sensibilización frente a la identidad de la Universidad.

Por otra parte, se define o contempla la unicidad del ser o visión integral del sujeto de cuidado, como lo determina el holismo, esencia de la teoría de la Dra. Watson, definido como la idea de contemplar el ser como un todo, y no la suma de sus partes; por tanto no puede determinarse o analizarse de forma individual, lo cual se expone en los documentos al afirmar que el área de formación básica y las humanidades permiten al estudiante su desarrollo personal y el reconocimiento del ser humano como un ser integral, con bases científicas para brindar un Cuidado Integral en la atención de Enfermería de la mejor calidad y mayor efectividad.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es considerado como la herramienta que guía científicamente los procesos e intervenciones de enfermería, incorporando el arte del cuidado y el saber en la práctica del mismo. Lo anterior es verificado al encontrar que el estudio y la construcción de estos procesos por parte de docentes y estudiantes, según las necesidades identificadas en el sujeto o comunidades de cuidado, potencian las actividades de autocuidado, además de desarrollar habilidades técnicas y metodológicas necesarias para el alcance integral de la salud de una forma progresiva.

Por último se contempla el uso e innovación educativa mediante herramientas y elementos didácticos de fácil acceso que promueven y facilitan el proceso de aprendizaje en concordancia con las bases de la teoría, por ejemplo al describir que el compromiso, con un cuidado integral de calidad, eficiente en costos y en proceso de modernización, implementará adelantos tecnológicos y aplicará de manera sistemática la investigación en la búsqueda de resultados frente a su permanente cuestionamiento a situaciones que menoscaban la salud. Igualmente se evidencia en la estructura curricular que se contempla en los ejes transversales de educación, investigación y contexto, los cuales dan particularidad, pertinencia e innovación al programa, y permiten dar continuidad y articulación al proceso de aprendizaje.

Para finalizar, en la categoría de Ámbito Contextual se busca identificar si la formación se orienta a las necesidades actuales, el contexto del país y la disciplina de enfermería, ya que en la teoría del cuidado transpersonal se hace necesario estar contextualizado a la realidad de cada ser y a la situación de la población en diferentes ámbitos. Este punto se ve ampliamente integrado dentro de los documentos del programa pues se encuentra contenido en la mayoría de los documentos revisados, indicando que se ha realizado un proceso de reflexión disciplinar en torno al rol del profesional que se venía desempeñando hasta la aparición del programa en el departamento del Quindío, cuya ubicación básicamente había sido en el ámbito administrativo y asistencial. Se descubrió que la necesidad lleva a procesos investigativos y de docencia, y se manifiesta cómo se tiene en cuenta la visión del desempeño de enfermería como disciplina, en una región determinada de Colombia.

Así mismo se busca observar si dentro del programa estudiado se promueve ambientes y espacios armónicos que integren la visión holística del ser, propendiendo por el aprendizaje y la satisfacción de necesidades en busca del bienestar multidimensional de la comunidad educativa, potenciando sus virtudes y capacidades, lo cual se encuentra contenido en algunos de los documentos analizados, que hablan acerca de los objetivos de dicho programa, entre ellos:

Generar espacios académicos y prácticos donde los constructos propuestos por los profesionales en formación contribuyan al empoderamiento, sensibilización e incorporación de los discursos sociales al quehacer propio de la disciplina, accediendo y poniendo en práctica los principios que legitiman su acción profesional.

Proponer y disponer de espacios, situaciones y encuentros de aprendizaje a través de relaciones pedagógicas efectivas y dinámicas que permitan al estudiante el continuo desarrollo de sus potencialidades, su autonomía e inquietud intelectual, y al docente su avance como formador (Universidad del Quindío, Objetivos del Programa).

De la misma manera, y permanentemente, se considera el entorno (tiempo, lugar y espacio) como elemento de continua influencia, conexión e interacción con el ser, para determinar las intervenciones y cambios en el sujeto de cuidado, como se observa en uno de los documentos: “La relación cuidado-cuidador se reafirma cada vez más en el ser humano como ser social viviendo su cotidianidad: en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en los ambientes comunitarios y en los ambientes sanitarios y terapéuticos” (Gómez, 1995, p. 2). Aquí se observa cómo el programa de enfermería estudiado tiene en cuenta el entorno como parte del sujeto de cuidado y por tanto se hace necesaria la intervención en este aspecto.

En esta categoría también se contempla si se promueve e incentiva el cuidado y conservación del medio ambiente como entorno y espacio de desarrollo continuo y dinámico dentro de los documentos del programa, el cual se ve evidenciado en menor medida que otros elementos de esta categoría; sin embargo, se puede observar algunos ejemplos dentro de este punto, en uno de los documentos al expresar que se busca: “Gerenciar procesos de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad en sus diferentes niveles, en la persona, la familia y grupos de la comunidad y de medio ambiente” (Universidad del Quindío, 2014). Se manifiesta entonces, que para este programa el medio ambiente hace parte importante de entorno del ser, así como se contempla dentro de la teoría del cuidado transpersonal.

También se evidencia que dentro del programa se promueve espacios que fortalecen la espiritualidad, la fe y la esperanza, generando reconocimiento de los sentimientos propios y los de los demás, respetando las creencias y la libertad de culto como factor importante dentro del proceso salud-enfermedad, lo cual es tenido en cuenta dentro los documentos del programa estudiado, por ejemplo en el programa de Psico-orientación y Espiritualidad con el cual

...se pretende establecer un acompañamiento a la comunidad universitaria, en su proceso de comunicación y formación profesional, ofreciendo espacios para que, mediante la reflexión, reafirmen su dimensión espiritual y de trascendencia y puedan encontrarle el auténtico sentido en su vida, con miras a un compromiso serio y consciente en orden a luchar por la transformación social de nuestra realidad. (Universidad del Quindío, Servicios de Bienestar Institucional, s.f., p. 16).

Es así como este ítem está integrado parcialmente, pues no se contempla desde otros aspectos de la formación en enfermería como disciplina única y con las particularidades de sus miembros.

Es importante resaltar que la teoría de la Dra. Jean Watson considera la inclusión de terapias complementarias en la praxis del cuidado humanizado desde los componentes teóricos analizados; en el estudio realizado no se encuentra correlación suficiente hasta el momento con esas necesidades.

Los resultados presentados corresponden al primer avance; se continúa en el proceso de discutir con los asesores y pares, la forma final de presentar los resultados totales.

4. Conclusiones

A partir del análisis realizado a 6 de los documentos del programa estudiado, se puede observar que los aspectos relevantes de la teoría del cuidado transpersonal de Watson si se encuentran contenidos dentro de lo planteado en los documentos, como el holismo, el entorno, la intersubjetividad, la ética y la bioética, la moral, la trascendencia, el constructivismo, los diez procesos caritas, entre otros.

Se hace necesario que el programa refuerce algunos aspectos; si están parcialmente presentes en algunos documentos, pero su participación es escasa, y son aspectos indispensables dentro de la teoría del cuidado transpersonal y su visión holística del ser, como es una integración más profunda de espacios para fortalecer

las creencias que hacen parte del individuo, la incorporación de distintas terapias alternativas como parte de la intervención de enfermería, una profundización más amplia de la intersubjetividad y de todo lo que ésta implica, como la importancia de conservar la esencia del yo, pero a la vez, de crear un vínculo terapéutico adecuado para el individuo y un concepto de salud claro en donde se pueda ver el ser de una forma holística donde todas sus esferas estén en armonía.

Referencias

- Alligood, M. y Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en enfermería* (7ª. ed.). España: Editorial Elsevier.
- Anónimo. (2013). Teorías filosóficas. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. Recuperado de http://teoriasenfilosofia.blogspot.com.co/2013_05_01_archive.html
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.
- Fernández, C. (2011). Universidad del Quindío. Facultad de Ciencias de la Salud. Enfermería. Recuperado de <http://portalanterior.uniquindio.edu.co/fac/salud/documentos/enfermeria/pep.pdf>
- Gómez, C. (1995). Discurso Sesión Solemne Conmemoración Bodas de Diamante, Programa de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/20378/1/16484-51504-1-PB.pdf>
- Ibarra, T. y González, J. (2006). Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
- Universidad de La Sabana. (2011). Enfermería. Misión, Visión y Objetivos. Recuperado de <http://www.unisabana.edu.co/carreras/enfermeria/mision-vision-y-objetivos/>
- Universidad del Quindío. (2014). Perfiles profesional y ocupacional. Recuperado de <http://www.uniquindio.edu.co/publicaciones.php?id=1820&dPrint=1>
- (s.f.). Servicios de Bienestar Institucional. Recuperado de <https://www.uniquindio.edu.co/descargar.php?idFile=16643>
- (s.f.). Desafíos, sueños y compromisos con la realidad. Recuperado de http://portalanterior.uniquindio.edu.co/fac/salud/index.php?option=com_content&view=article&id=156&Itemid=2
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.

Tradiciones en salud en la Comunidad Muisca de Suba, Bogotá, 2014¹

Eliana Estefanía Chalapud Cabrera²

Erika Mayelly Romero Cabanzo³

Isnel Ramírez Silva⁴

Vilma Florisa Velásquez G.⁵

Resumen

Las tradiciones de salud son las creencias y prácticas que la persona o la familia tiene con el propósito de conservar, proteger y restaurar su salud. El objetivo del presente estudio fue describir las tradiciones para el mantenimiento, protección y recuperación de la salud, en la comunidad Muisca de Bogotá, en el año 2014.

El estudio fue exploratorio, descriptivo, cualitativo, mediante el uso de la herramienta Diario de campo. Para el análisis se consideró las creencias y prácticas tradicionales de salud, según el modelo de Spector. La Muestra fue por conveniencia, de una sanadora tradicional y se realizó 9 encuentros culturales en la construcción de la huerta intercultural con la comunidad Muisca de Suba, teniendo en cuenta los aspectos éticos correspondientes.

Dentro de los Resultados se tiene, que la sanadora tradicional permitió comprender los cuidados populares, centrados en “Estar, de bienestar y armonía del ser con su entorno” esencialmente con mantenerse bien con ropa cómoda, comida sana, conservando las reglas del Resguardo, haciendo el bien, colaborando con todos, realizando oración, preservando el aire puro y el agua pura, evitando el odio, el rencor, la indiferencia y la violencia, y utilizando ayudas a las que se les tiene fe para mejorar la salud, como las plantas y el perdón para curarse y sanarse.

Todo esto permite concluir que la medicina tradicional indígena perdura y sigue siendo practicada por parte de sabedores tradicionales (abuelos) y la población en general. Se basa en acciones para mantenerse bien, prevenir la enfermedad cuidándose y evitando el odio, el rencor, la indiferencia y la violencia. La salud es restaurada principalmente con remedios tradicionales como las plantas y el perdón.

Palabras clave: Cultura, salud, Enfermería transcultural, pueblos indígenas.

Traditions of Health in Muisca Community - Suba, Bogotá, 2014

Abstract

Health traditions are the beliefs and practices that the person or family has, with the purpose to preserve, protect and restore their health. The aim of this study was to describe these traditions in health maintenance, protection and recovery in the Muisca community of Bogota in 2014.

With regard to materials and methods, the study was exploratory, descriptive, and qualitative for the analysis, using the Field diary tool. It was considered the beliefs and practices of health, along the lines of Spector. The sample was for convenience, a traditional healer and 9 cultural events took place in the construction of intercultural garden with Muisca community of Suba, bearing in mind the relevant ethical issues.

¹Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Proyecto de investigación: Huerta medicinal intercultural: Código: 21810

²Enfermera, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: eechalapudc@unal.edu.co

³Coautora. Enfermera. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Docente ESAF, Escuela de Administración y Formación en Salud. Correo electrónico: ermromeroca@unal.edu.co

⁴Coautor. Enfermero. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Profesional de Gestión de Servicio de Salud, Salud vida EPS. Correo electrónico: iramirez@unal.edu.co

⁵Enfermera y Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Educación de adultos, Universidad San Buenaventura; Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

The results showed that the traditional healer allowed to understand folk care, focusing on “Being welfare and harmony with the environment” essentially feeling good in comfortable clothes, healthy food, keeping the rules of the reservation, doing good, collaborating with everybody, making a prayer, preserving clean air and pure water, avoiding hatred, resentment, indifference and violence, and using those aids to which they have faith to improve health, such as plants and forgiveness to heal.

All this leads to the conclusion that traditional indigenous medicine remains and is still practiced by traditional knowers (grandparents) and the general population. It is based on action to keep well, taking care to prevent disease and avoiding hatred, resentment, indifference and violence. The Health is restored mainly with traditional remedies such as plants and forgiveness.

Key words: Culture, Health, Transcultural Nursing, indigenous peoples.

1. Introducción

Cada cultura elabora su propia conceptualización de salud y enfermedad a partir de su cosmovisión, pero también de otras realidades sanitarias, y resuelve sus problemas desde su propia perspectiva, puntos de vista, capacidades y recursos (Fernández, 2004).

La atención de los aspectos culturales en salud empezó a tener vigencia hacia la década de los años sesenta, sin embargo, hasta los ochenta fue cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Helman, 2007) apoyó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud. A partir de esa década arranca una gran cantidad de estudios que intentan comprender la cultura, el multiculturalismo y su influencia en la salud (Osorio-Merchán y López, 2008).

Para la Enfermería es importante comprender que la cultura hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos: las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Esos patrones pueden ser explícitos o implícitos, aprendidos primariamente y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura, y son un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad (Purnell, 2009).

Por otra parte, la cultura según Spector y Muñoz (2002), se entiende como la “suma de creencias, prácticas, hábitos, gustos, aversiones, costumbres, rituales, etc., que hemos aprendido de nuestras familias durante los años de socialización” (p. 5). Su modelo cotidiano de salud explica que las prácticas y creencias tradicionales de salud son modificadas por fenómenos culturales que también afectan la salud, y afirma que la cultura es el equipaje que cada uno de nosotros lleva consigo durante toda la vida (McFarland y Leininger, 2007). Estos conceptos permiten comprender que:

La teoría de enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados en sus estilos de vida según su cultura, para así conseguir una atención enfermera efectiva, satisfactoria y coherente con la cultura. (McFarland y Leininger, 2007, p. 472).

Diversos artículos ponen en evidencia la problemática emergente debido a la diversidad cultural y las dificultades en la provisión de cuidados competentes y adecuados a las culturas, ya que en numerosas ocasiones los proveedores de salud refieren dudas en cuanto a la comprensión de las prácticas de salud y las creencias de las personas de otras etnias (Muñiz, 2014), como el caso de Colombia, que es un país pluricultural y multiétnico donde se debe considerar que las aproximaciones que se efectúa desde la cultura, no son una visión estática de las personas o grupos, y trascienden la mirada a grupos minoritarios. En ellos se hace un llamado a la atención humanizada y particularizada desde la perspectiva de la cultura, y una alternativa ante la imposición de patrones normatizados, tendencia actual en la atención en salud, que disminuyen el bienestar de las personas y la aceptación de los servicios (Osorio-Merchán y López, 2008).

Friedberg (2011) denomina los saberes y conocimientos indígenas como saberes populares, constituidos por un corpus de conocimientos sobre la naturaleza con respecto a las concepciones que cada sociedad tiene del mundo y del rol que cumplen las personas; por ejemplo, en lo que se refiere a la naturaleza de dichos conocimientos, que abarca

...desde la observación de las vías de migración de los animales, el movimiento del sol y de los vientos hasta la observación de las condiciones de germinación de las plantas se mezcla con las prácticas sociales ritualizadas que garantizan su eficacia. (Friedberg, 2011, p. 9).

Situados en el tiempo y en el espacio, “los saberes populares se mantienen en las prácticas técnicas y también sociales, y su eficacia depende de las relaciones entre las personas que participan” (Friedberg, 2011, p. 11).

Así que los profesionales en Enfermería deben afrontar el reto de prepararse en Enfermería Transcultural y Cuidado Cultural, para entender que las creencias tradicionales en salud son una parte de la vida de los pueblos y es necesario entenderlas y respetarlas, antes que desecharlas. De esta manera, el Modelo de Tradiciones de Salud (Spector, 2002) describe las costumbres relacionadas con el mantenimiento, protección y restauración de la salud física, mental y espiritual. Con el propósito de entender las tradiciones de salud, ésta debe ser definida como el equilibrio de una persona, tanto dentro de su ser -físico, mental y espiritual- como dentro del entorno externo -natural, familiar, comunitario y metafísico-. Las tradiciones de salud son las creencias y prácticas que la persona o la familia tiene con el propósito de mantener, proteger y restaurar su salud (Spector y Muñoz, 2002).

De esta manera, el presente estudio buscó explorar las tradiciones en salud en la comunidad Muisca de Suba en Bogotá desde su abordaje del conocimiento y comprensión, lo que requiere adquirir una formalidad operacional con los conjuntos de significados en medio de los cuales se transita (Vásquez, 2006), considerando la salud como un fenómeno complejo de varias caras interrelacionadas, como el equilibrio entre todas las facetas de la persona, cuerpo, mente y espíritu. El cuerpo abarca aspectos físicos como la herencia genética, el sexo, la edad y el estado físico. La mente incluye los procesos cognitivos tales como el pensamiento, los recuerdos, los sentimientos, mecanismos de defensa y la autoestima. La parte espiritual comprende las prácticas aprendidas, tanto positivas como negativas, los sueños, los símbolos y la intuición (Spector y Muñoz, 2002).

2. Metodología

Se practicó un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, donde participó una sanadora tradicional: la Abuela Blanca Nieves. Se llevó a cabo nueve encuentros culturales en la construcción de la huerta intercultural con la comunidad Muisca de Suba, con una duración de 6 horas en cada encuentro, respectivamente, las cuales tuvieron lugar entre junio y diciembre del año 2014. Los datos fueron recogidos en diarios de campo llevados con rigurosidad por cada participante después de cada encuentro. Para el análisis de la información se consideró el Modelo de Tradiciones de salud de Spector (2002).

Se tuvo en cuenta los aspectos éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 (República de Colombia y Ministerio de Salud de Colombia, 1993). Se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la autorización del cabildo indígena y el consentimiento informado de los participantes.

3. Resultados

Los nueve encuentros organizados y realizados con la Abuela Blanca Nieves permitieron conocer las principales tradiciones de salud de la Comunidad Muisca de Suba, que se refiere a continuación:

Para la comunidad muisca, la salud en el ser humano es un elemento del todo. Todos formamos una comunidad donde existe un equilibrio. La Madre Tierra es un ser viviente, que da vida. Debe ser cuidada y alimentada y ella responde con alimentos, agua, paisajes, sonidos, aromas, entre otros, que garantizan el equilibrio de la persona con su familia, la comunidad, y las fuerzas de la naturaleza. Cuando no se la cuida, se produce la enfermedad, que es el desequilibrio entre las partes de las personas (cuerpo, mente y espíritu) y la inestabilidad con la familia, la comunidad y la naturaleza.

De esta manera el concepto de salud de la comunidad indígena parte de lograr equilibrio o armonía, mediante diferentes tradiciones de salud que buscan el mantenimiento, la protección y recuperación de la misma, las cuales se menciona a continuación:

3.1 Mantenimiento tradicional de la salud

Según la sanadora tradicional “Abuela Blanca Nieves” los conocimientos tradicionales de la salud en la comunidad muisca son usados diariamente para mantenerse bien y estar en armonía consigo mismo, con la familia, la comunidad y el entorno; incluyen acciones desde lo físico como: tener casa, huerta y *cusmuye*⁶; ropa cómoda, abrigada y no suntuosa; conectarse con la Madre Tierra cuidándola, solicitando permiso para sembrar semillas y plantas, conservando los humedales y la lengua *muiskubun*⁷; cumpliendo las normas establecidas por el Cabildo Muisca; siendo generosos, respetuosos y solidarios con el universo.

Desde lo mental, estar en armonía implica efectuar rituales de agradecimiento, tejer, cantar, transmitir la cultura por tradición oral y conservar el espíritu de niño. Desde lo espiritual, mantener la armonía involucra agradecer a la Madre Tierra, al sol y a la luna, saludar y mantener el Fuego Sagrado como símbolo de luz y de vida (Tabla 1).

Tabla 1. *Mantenimiento Tradicional de la salud en la Comunidad Muisca, Suba, Bogotá 2014*

Física	Mental	Espiritual
-Tener casa, huerta y Cusmuye.	-Estar en armonía consigo mismos, con la familia, la comunidad, los ancestros, y todo el universo.	-Agradecer a la Madre Tierra, al sol y a la luna a través de rituales como el canto a la Aurora, saludo a la Luna y pago a la tierra.
-Usar ropa cómoda, no suntuosa.	-Hacer rituales de agradecimiento.	-Saludar, como forma de mantener la armonía con uno mismo, los demás y la naturaleza.
-Cuidar de la tierra y pedir permiso para sembrar semillas como una conexión con la Madre Tierra, con el propósito de mantener la vida.	-Tejer como espacio de reflexión que fomenta la solidaridad, la organización para crear tejidos en entramados y urdidos como una forma de vivir.	-Alimentar y cuidar a la Madre Tierra, como ser viviente que da vida y responde a las necesidades de todos los seres.
-Vivir rodeado de plantas que garanticen aire puro.	-Cantar para mantener la cultura.	-Reconocer la importancia de mantener el fuego para la salud en general, como símbolo de luz y de vida.
-Cumplir las normas establecidas por el Cabildo Muisca.	-Transmitir la cultura por tradición oral generacionalmente.	
-Mantener los humedales para la conservación de especies nativas de plantas, animales y agua.	-Incentivar a conservar el espíritu del niño (pureza, honestidad para decir la verdad, perdón; mantener la curiosidad, la creatividad y la imaginación).	
-Preservar la lengua <i>muiskubun</i> como parte de la cultura y mantenimiento de las tradiciones.		
-Ser respetuoso y generoso, dando, recibiendo y compartiendo solidariamente con el universo.		

⁶ Hace referencia a la Casa Sagrada, donde se reúnen los tyba (guardianes de la palabra) y los sacerdotes, para dirimir, exponer asuntos de la comunidad y realizar varias celebraciones, entre ellas la de La Sincronía de las 13 lunas. (Periódico El Tiempo, 2007).

⁷ La palabra *muyskkubun* se compone de los vocablos *muyska* (persona, o gente) y *kubun* (idioma, o lengua) (Uricoechea, 1871).

3.2 Protección tradicional de la salud

La protección de la salud se basa en la creencia tradicional de que la enfermedad y el mal pueden ser prevenidos cuidándose y evitando situaciones dañinas que afectan la salud física, mental y espiritual.

La Tabla 2 muestra que la protección física de la salud consiste en tener un territorio, reconocerlo y protegerlo a través de acciones como recorridos, reconocimiento de problemáticas y movilizaciones; hacer rituales como pagos, limpiezas con yerbas, evitar excesos de frío y calor; consumir alimentos naturales, utilizar abonos orgánicos y disminuir el uso de tecnologías que son dañinas para la salud. Proteger la salud mental consiste en transmitir el conocimiento ancestral mediante la tradición oral de la protección de humedales y agua, la observación y reflexión de los tejidos de la naturaleza y la siembra como ejemplo de responsabilidad social. Para acompañar los aspectos espirituales relacionados con la protección de la salud se emplea principalmente el uso de manillas y collares, el mantenimiento del fuego sagrado, la oración y el incienso.

Tabla 2. *Protección Tradicional de la salud en la Comunidad Muisca Suba, Bogotá 2014*

Física	Mental	Espiritual
-Tener un territorio, reconocer y realizar acciones que integren a la comunidad en pro de la protección del mismo.	-El conocimiento de los abuelos sobre la siembra y cuidado de las plantas promueve la protección de humedales para prevenir el calentamiento global y la contaminación ambiental.	-Las manillas y collares de color rojo y negro, de semillas o tejidos.
-Realizar limpieza con yerbas.		-Es obligatorio mantener encendido el fuego sagrado en los rituales, como símbolo de protección.
-Evitar el frío usando diversas prendas de vestir (sacos de lana, bufandas, gorros) y prevenir el calor excesivo.	-La observación y reflexión sobre los tejidos que forman las plantas de la huerta, para la protección de los seres humanos y la naturaleza. (Por ejemplo ruda, calabaza).	-La oración, el incienso y el fuego protegen y liberan de energías negativas.
-Usar los elementos tradicionales para el cuidado de la tierra como abonos orgánicos y riego de agua, que previene la esterilización de la tierra.	-La siembra como ejemplo de responsabilidad de la protección de la vida y el cuidado de los hijos (semillas).	
-Cuidar el cuerpo mediante alimentación natural que previene enfermedades, especialmente aquellas producidas por alimentos procesados.	-Los cantos como expresión de sentimientos.	
-Evitar el uso de tecnología porque es embrutecedor, vuelve estériles a las personas, daña el cuerpo, la mente y el corazón.		

3.3 Recuperación tradicional de la salud

Para restaurar la salud desde lo físico, es necesario tener, cuidar y conservar la huerta medicinal con yerbas (manzanilla, caléndula, sábila, yerbabuena, hinojo, laurel, tomillo, sauco, ruda, romero, paletaria, mejorana, borraja, ortiga), verduras (lechuga, repollo, zanahoria, tallos, tomate), cereales (maíz, quinua), frutas nativas (papayuela, tomate de árbol, breva, uchuva, mora, curuba) empleadas como remedios tradicionales haciendo infusiones, emplastos, decocción. En el área mental la restauración de la salud se logra mediante el uso de técnicas como masajes, infusiones, confesión y círculo de palabra.

En el aspecto espiritual se consigue la recuperación por medio de rituales sanatorios como pago, agradecimiento, saludos, oraciones, símbolos (se emplea, entre otros, collares, totumas, cerámicas, semillas).

Tabla 3. *Recuperación Tradicional de la salud en la Comunidad Muisca Suba, Bogotá 2014*

Física	Mental	Espiritual
-La huerta medicinal es un espacio donde se cultiva yerbas, verduras, cereales y frutas nativas que sirven de remedio, como por ejemplo, la manzanilla para el dolor de estómago, el rebote, dolor de espalda, de pecho, y problemas respiratorios o por cólicos. La caléndula, para desinflamar, cicatrizar, o como enjuague bucal. La sábila, buena para aliviar las quemaduras, limpiar, cicatrizar, como diurético, para la gastritis, etc. -Compartir alimentos naturales como frutas con quinua y tomar aguas aromáticas con diferentes yerbas, levanta el alma. -Reconocer el agua como origen de la comunidad Muisca y la huerta como medicina natural que toda familia debe trabajar. -Sembrar semillas como práctica de recuperación de la salud, adquisición de armonía con la naturaleza y manejo del tiempo libre. -Tomar la medicina ancestral (purgante).	-En el Círculo de palabra se efectúa la transmisión de conocimientos, especialmente los relacionados con la recuperación de la salud, de la tierra y de los seres que habitan en ella. Recalcan en el cuidado de la Madre Tierra para recibir de ella sus bendiciones como el alimento, el agua, la medicina y la salud. -Confesión pública de sentimientos, miedos, deseos, creencias. -Círculo de palabra. -Masajes para la curación de dolencias.	-Los sanadores tradicionales efectúan rituales de sanación, pagos, agradecimientos utilizan vestido blanco, collares, tabaco, totuma, velas, yerbas, palo santo, cerámicas, agua y semillas. -Los cantos son utilizados para la liberación de cargas, facilitar el perdón y la armonización. -El abuelo tabaco equilibra la comunicación de los mundos, influyendo en la recuperación de la salud de las personas y la comunidad. -En la curación se apela a dioses andinos y de la religión católica. -Saludo a lugares sagrados en puntos cardinales. -Oraciones antes, durante y después de la ceremonia para agradecer, fortalecer y armonizar a las personas y la comunidad en general.

Para los indígenas muisca, la salud está ligada a lo personal, familiar, comunitario y el entorno; practican acciones en pro del mantenimiento, recuperación y protección de la salud, con una cosmovisión unitaria e integral.

4. Discusión

En América Latina, la interculturalidad y el diálogo entre sistemas de conocimiento son un campo en debate y construcción, desde el cual se cuestiona la racionalidad que se promueve como universal desde las ciencias de occidente, y se lucha por propuestas pluralistas para la generación y la aplicación de los conocimientos (Pérez y Argueta, 2011), y la enfermería transcultural tiene aportes acerca del cuidado cultural.

La cultura andina implica la idea de una unidad ecológica; al menos una parte de las enfermedades tiene que ver con trasgresiones del equilibrio entre persona y entorno. Mientras una persona tenga en cuenta a la Madre Tierra y ésta forme parte de sus vivencias cotidianas, todo irá bien. Pero en el momento en que se falte el respeto a las costumbres, aparecerá un castigo que puede adoptar diversas formas: fracaso, ruina, enfermedad (Pérez y Argueta, 2011), por lo que es importante explicar que la cultura se aprende dentro de un contexto familiar y social, y que depende de un patrón social subyacente que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la ley, la ética y las costumbres, razón por la cual una gran parte de lo que hacemos, pensamos y creemos, viene determinado por nuestra herencia cultural. Spector y Muñoz (2002), a través de su modelo tradicional de salud, explican que las prácticas y creencias habituales de salud son modificadas por fenómenos culturales que también afectan la salud.

La forma particular de los indígenas de conceptualizar el cuerpo individual, ecológico, social y religioso, supone asentar la reciprocidad y la armonía como elementos del equilibrio dinámico necesario para poder generar armonía con la vida humana y también en el proceso de salud/enfermedad (Velasco, 2009). Por otro lado, la transgresión a cualquier nivel, no sólo en el ámbito estrictamente del cuerpo fisiológico sino en el ámbito de la normatividad y en la ética de los comportamientos, puede ser causante de la enfermedad (Velasco, 2009). Bastien (1985) sostiene que el conocimiento de los andinos es semejante a la naturaleza; lo que encuentran en ella lo atribuyen a la comunidad, y en algunos casos adjudican al mundo natural cualidades humanas. En este sentido puede hablarse de la naturaleza como base de la epistemología andina; ello explica el sentido de la identificación metafórica de sí mismos en términos de animales, plantas y tierra, y también la manera en que entienden el cuerpo, que es análoga a la tierra. Entre los indígenas andinos existe una concepción holística entre causa y el tratamiento de la enfermedad (Velasco, 2009).

Las relaciones entre los miembros de las sociedades indígenas y no indígenas supone la presencia de zonas de fusión, principalmente en el plano de los valores. “Ésta es una relación bicultural generadora de interculturalidad”, que “implica una interdependencia de las relaciones estudiantes-formadores-miembros de sociedades indígenas en las experiencias de formación” (Quilaqueo, 2007, p. 237).

5. Conclusiones

Hay coexistencia de diferentes formas de concebir el proceso salud- enfermedad y la necesidad de crear espacios de diálogo e interacción entre los distintos modelos de atención en salud y sistemas culturales, donde se debe tener en cuenta la cultura de las personas, considerándolas como producto activo de factores culturales, sociales, geográficos y biológicos.

Es importante que las carreras de Ciencias de la salud incorporen el tema de tradiciones en salud en los currículos, para poder brindar cuidados desde el enfoque diferencial, teniendo en cuenta a cada grupo humano y sus diferencias culturales con respecto a la salud. Es decir, que los profesionales tengan competencia cultural.

Los profesionales de la salud, como principales actores de cuidado, deben conocer las creencias y la cosmovisión en la que cada población se desarrolla, con el fin de interactuar y negociar el cuidado, evitando alterar el equilibrio, tanto físico, como mental y espiritual en torno a la salud; por ende es fundamental para el quehacer de enfermería, crear espacios de fortalecimiento basados en un cuidado humanizado donde se evidencie el mantenimiento, la recuperación y la protección de la salud en un individuo y la comunidad.

Las enfermeras, enfermeros y otros profesionales de salud deben considerar las tradiciones de salud de los indígenas como expresiones de valores y prácticas de salud que han pasado de generación en generación, que ayudan a promover el bienestar desde la comprensión del significado del proceso salud-enfermedad y causalidad, con el fin de ofrecer cuidados culturalmente sensibles.

Es necesario fortalecer los conocimientos de los sabedores tradicionales, en este caso los abuelos, para apoyar la resolución de problemas de salud. Ellos tienen otra forma de preservar y transmitir su sabiduría y conocimiento a través del círculo de palabra, diferente al sistema universitario. Es preciso fomentar los intercambios de conocimiento, siempre en un plano de igualdad y respeto, para lo cual es necesario recordar que cada persona vive su existencia de una manera determinada.

Finalmente, la medicina tradicional indígena que practica la comunidad muisca perdura y se sigue practicando por parte de los sabedores tradicionales (abuelos) y la comunidad en general. Se fundamenta como un sistema que tiene como eje rector su cosmovisión y descansa sobre bases culturales y religiosas; ha cumplido un papel fundamental en la preservación de la salud para muchas generaciones. Se basa en acciones para mantenerse bien, prevenir la enfermedad cuidándose y evitando el odio, el rencor, la indiferencia y la violencia, además de la forma de restaurar la salud mediante el empleo de remedios tradicionales, principalmente con plantas.

Referencias

- Archivo El Tiempo. (2007). Cultura muisca: cuspuye, o casa sagrada. Recuperado de <http://www.colarte.com/colarte/foto.asp?idfoto=231812>
- Bastien, J. (1985). *Mountain of the Condor: Metaphor and Ritual in an Andean Ayllu (Case Studies in Education and Culture)*. McGraw-Hill.
- Fernández, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Friedberg, C. (2011). Les savoirs populaires sur la nature. *Sciences humaines. La dynamique des savoirs*, 24, 8-11. Paris: Hors-Série.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness* (5th ed.). London: Hodder Arnold.
- McFarland, M. y Leininger, M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En Tomey, A. y Alligood, M. (pp. 472-493). *Modelos y teorías en enfermería* (6^a ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Muñiz, N. (2014). Cuidados enfermeros y coherencia cultural. *Grupo de Enfermería Ene Version On-line* 8(1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100004&script=sci_arttext
- Osorio-Merchán, M. y López, A. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería* 17(4), 266-270.
- Pérez, M. y Argueta, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Revista Cultura y representaciones sociales* 5(10), 31-56.
- Purnell, L. (2009). *Guide to Culturally Competent Health Care* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Quilaqueo, D. (2007). Saberes y conocimientos indígenas en la formación de profesores de educación intercultural. *Educar, Curitiba* 29, 223-239. Editora UFPR.
- República de Colombia y Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 “por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Spector, R. (2002). Enfermería de Cuidados Culturales. *Revista Cultura de los Cuidados* 6(11), 1-10. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4857/1/CC_11_01.pdf
- Spector, R. y Muñoz, M. (2002). *Las culturas de la salud*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Uricoechea, E. (1871). Gramática Chibcha. París. Recuperado de http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor-din/cuestiones-de-bilinguismo-y-diglosia-en-el-espaol-0/html/00effb3a-82b2-11df-acc7-002185ce6064_4.html/marca/1871
- Vásquez, M. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 24(2), 136-142. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Velasco, O. (2009). La salud en la cosmovisión indígena. En Citarella, L. y Zangari, A. (Eds.), *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (127-144).

Bibliografía

- Spector, R. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Revista Cultura de los cuidados* 3(6). Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/64>
- (2000). Teoría enfermera. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Revista Cultura de los cuidados* 4(7-8), 116-127.

Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) de la Dra. Kristen Swanson, al Español

María Neyfeth Posada Morales¹

Carmen Helena Ruiz de Cárdenas²

Resumen

Objetivo: Desarrollar la adecuación semántica de la escala de cuidado profesional de la Dra. Kristen Swanson (CPS) 2.000 Primera versión en español. **Método:** Estudio metodológico con abordaje cuantitativo, uso de la técnica de pre-testeo o sondeo, con el fin de explorar la claridad y comprensión del enunciado de cada ítem de la escala y las opciones de medida, desde la perspectiva de las gestantes. Muestra representada por 60 gestantes a las cuales se aplicó la primera versión en español de la escala y, 50 gestantes más a las cuales se aplicó la escala adaptada semánticamente una vez se analizaron los primeros resultados. **Resultados:** solo 3 de los ítems de la escala alcanzaron un porcentaje de claridad y comprensión del 100% o cercano a éste, por lo cual sus enunciados no se modificaron, es decir no requirieron adecuación semántica. Ítems con porcentajes de claridad y comprensión entre el 60 y el 80%, se les realizó adecuación semántica, sin embargo el enunciado no se modificó completamente. Ítems que alcanzaron porcentajes de comprensión y claridad por debajo del 60% sufrieron un proceso de adecuación semántica radical, es decir que los signos lingüísticos (palabras) fueron cambiados en su totalidad, para hacerlos más comprensibles y claros pero sin afectar su equivalencia conceptual e interpretabilidad. **Conclusiones:** En todo proceso de adecuación semántica, muchos ítems pueden sufrir modificaciones en el enunciado para hacerlo más claro y comprensible, sin embargo el investigador debe tener la capacidad de hacerlo conservando la fidelidad de la reproducción del contenido (equivalencia conceptual) y la misma interpretabilidad. En los procesos de adecuación semántica de una escala se requiere determinar la aceptabilidad en términos de claridad y comprensión, tanto del enunciado del ítem como de la opción de medida, para que no se conviertan en una barrera semántica que pueda llevar a interpretaciones erróneas en la aplicación.

Palabras clave: Escala de Cuidado, Cuidado, Ciencia Semántica, Adaptación Transcultural.

Semantic Adaptation of Caring Professional Scale (CPS) Dr. Kristen Swanson, the Spanish

Abstract

Objective: To develop semantic appropriateness of the scale of professional care of Dr. Kristen Swanson (CPS) 2,000. **Method:** Methodological study with a quantitative approach, using the technique of pre-testing or probing, to explore the clarity and understanding of the statement of each item of the scale and measurement options from the perspective of pregnant women. Sample represented by 60 pregnant women to whom the first Spanish version of the scale was applied and 50 pregnant more modified scale which semantically once the first results were analyzed was applied. **Results:** only 3 of the scale items reached a percentage of clarity and understanding of 100% or close to it, so that his statements were not changed, ie not requiring semantic appropriateness. Items with percentages of clarity and understanding between 60 and 80% underwent semantic adequacy, but the statement is not completely changed. Items that achieved compression rates and clearly below 60% underwent a process of semantic adequacy radical, ie linguistic signs (words) were changed in its entirety, to make them more understandable and clear but without affecting its conceptual equivalence and interpretability. **Conclusions:** In any process of semantic adequacy, many items might

¹ Fundación Universitaria del Área Andina seccional Pereira. Correo electrónico: mposada@areandina.edu.co

² Asesor, Universidad Nacional de Colombia; Magister en Enfermería. Correo electrónico: ccruizd@unal.edu.co

change in the wording to make it more clear and understandable, however the researcher should be able to do it while preserving the fidelity of the reproduction of the content (conceptual equivalence) and the same interpretability. In the process of semantic matching scale is required to determine the acceptability in terms of clarity and understanding, both the title of the item and the option to measure, lest they become a semantic barrier that can lead to misinterpretations in the application.

Key words: Scale Care, Care, Science Semantic, Adaptation Transcultural

1. Introducción

La Escala de Cuidado Profesional (CPS) elaborada por la Dra. Kristen Swanson¹, utiliza como referente su “Teoría del Cuidado Informado para el Bienestar de los Otros”, ella consta de 15 ítems agrupados en dos sub-escalas denominadas por la autora como “sanador compasivo” en la que se evidencian ciertas cualidades de carácter actitudinal que la enfermera debe poseer para poder brindar un cuidado humanizado; y la sub-escala designada como “sanador competente”, que muestra cualidades que la enfermera debe tener, desde el punto de vista cognitivo y procedimental, y que la hacen idónea para dar cuidado. Aspectos con los cuales la escala puede evaluar el cuidado que la enfermera brinda al paciente en cualquier situación de la práctica, donde se establezca una relación de cuidado.

Como la versión original de la escala estaba en inglés, surge la dificultad para su aplicación en el contexto colombiano, lo que requirió del rigor científico para adaptarla a nuestro medio, asegurar su aplicabilidad y su validez. Lo que implica la realización de la denominada “Adaptación Transcultural”²⁻³ (traducción y retrotraducción por expertos de la escala, con el consentimiento y seguimiento de la autora), y la “Adecuación Semántica”⁴⁻⁵ (en términos de gramática, semántica y lingüística), de cada uno de los ítems y de las opciones de respuesta de la escala original; hasta obtener o elaborar una versión en español partiendo de la original, que tenga equivalencia conceptual con ésta, y a la vez sea clara y comprensible para la población objeto de estudio (contexto colombiano).

Este proceso donde incursiona enfermería, le va a permitir utilizar escalas propias de enfermería que originalmente están en otro idioma, hacer uso de ellas en procesos de investigación, sin que se invalide su aplicabilidad o los resultados, fortalecer los conocimientos sobre medición del cuidado de enfermería, contribuyendo a la cualificación del cuidado; y así mismo generar resultados que permitan a la enfermera concientizarse de la necesidad de brindar cuidado holístico y humanizado acorde a las necesidades de los pacientes; una vez se realice el proceso de validez y confiabilidad.

2. Metodología

La adaptación transcultural de la escala se llevó a cabo siguiendo 6 estadios descritos en la literatura por Alberto Arribas⁶, los cuales consisten en: Estadio 0, etapa de contacto con el autor de la escala. Estadio 1 proceso de traducción de la escala por 2 expertos del idioma original al local en forma individual. Estadio 2 redacción de la escala en el idioma local, a partir de la traducción anterior. Estadio 3 retrotraducción de la escala obtenida en el estadio 2 nuevamente al idioma original. Estadio 4 control de calidad de las versiones desarrolladas por expertos. Estadio 5 PRUEBA DE CAMPO en donde se indaga en la población local, la claridad, comprensión y significado de la escala, y se evidencian dificultades, términos inadecuados, significados, significancia y opiniones acerca de qué forma sería mejor expresar la pregunta. Estadio 6 se realiza la adecuación semántica de la escala, teniendo en cuenta, cada uno de los estadios, y se elabora la versión en español, después de un análisis profundo de cada una de los ítems de que se compone la escala, habiendo modificado semánticamente, pero guardando la equivalencia conceptual con la escala original.

Los pasos 0 a 4, no fueron objeto de esta investigación, sin embargo fue este proceso el que dio origen a la primera versión traducida de la escala en español. Versión que esta investigación de tipo metodológico, siguiendo los pasos 5 y 6 de Arribas, adaptó semánticamente al contexto colombiano, haciendo una revisión profunda de cada ítems y de las opciones de respuesta que estructuran la escala, a la luz de expertos, del

marco teórico que soporta la escala, de la Real Academia de la Lengua Española que define el significado de cada una de las palabras y de la opinión sobre la escala en español de las 110 gestantes que participaron, y con las cuales se utilizó el método de parafraseo, que permite que la persona reformule el enunciado con sus propias palabras y a la vez enuncie cuales preguntas no tienen un adecuado lenguaje, comprensión, son confusas, otros). Lo que finalmente permite explorar y asegurar la equivalencia conceptual, la interpretabilidad y aceptabilidad de la versión en el idioma local, por lo cual la escala puede sufrir cambios superficiales o profundos de índole de redacción semántica, gramatical, lingüística, entre otros.

Las gestantes que participaron asistían a control prenatal a una institución pública de salud del municipio de Dosquebradas, Risaralda, en el año 2011, clasificadas como de bajo riesgo. Muestreo no probabilístico. Con escolaridad aprobada hasta octavo grado. La versión en español pudo ser aplicada nuevamente en otro grupo de gestantes que cumplieran los mismo criterios de inclusión, con el fin de establecer si los ítems y la opción de medida propuestos en esta versión en español, tenían la claridad y comprensión esperada.

3. Resultados

Aspectos sociodemográficos:

Tabla 1. Distribución de las gestantes objeto del estudio según datos sociodemográficos

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES OBJETO DEL ESTUDIO SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	INTERVALO	PORCENTAJE
ESCOLARIDAD (grados)	Ninguno	1.66%
	Primero	0%
	Segundo	3.33%
	Tercero	1.66%
	Cuarto	5%
	Quinto	21.66%
	Sexto	18.33%
	Séptimo	21.66%
	Octavo	26.66%
EDAD (años)	10 a 14	3.33%
	15 a 19	36.66%
	0 a 24	33.33%
	25 a 40	26.66%
PROCEDENCIA	Urbana	87%
	Rural	13%
OCUPACIÓN	Ninguno	2%
	Ama de casa	78%
	Estudiante	18%
	Otros	2%
ESTADO CIVIL	soltera	30%
	Unión libre	62%
	Casada	8%
	Otros	0%

Fuente: Base de datos prueba de campo

La escolaridad fue uno de los aspectos más importantes en el análisis de los resultados sociodemográficos, ya que si los ítems de la Escala de Cuidado Profesional, eran claros y comprensibles para las gestantes de baja escolaridad, lo serían para las de mayor grado de escolaridad; tal como lo planteó Arribas⁷ en el documento Adaptación Transcultural de Instrumentos, en donde él considera que es imprescindible que un instrumento, como en este caso la escala de cuidado profesional, sea comprensible por cualquier persona con un nivel de instrucción bajo, para él correspondiente a un sexto año de educación primaria. De acuerdo a Abadzi⁸, existen diferencias cognitivas en personas de baja escolaridad, que los hacen incapaces de comprender el significado de un lenguaje complejo o abstracto, incluso mensajes transmitidos en su mismo idioma. Una diferencia entre 1 y 3 años de educación son también altamente significativas, según Ardila⁹, ya que es posible que cambie la organización cognitiva cerebral influyendo en el pensamiento y el lenguaje, además se ha podido establecer que el lenguaje sintáctico, semántico y pragmático que inicia en la niñez, continúa durante la edad escolar y se prolongan hasta la adolescencia tardía, conforme a lo planteado por Matute¹⁰.

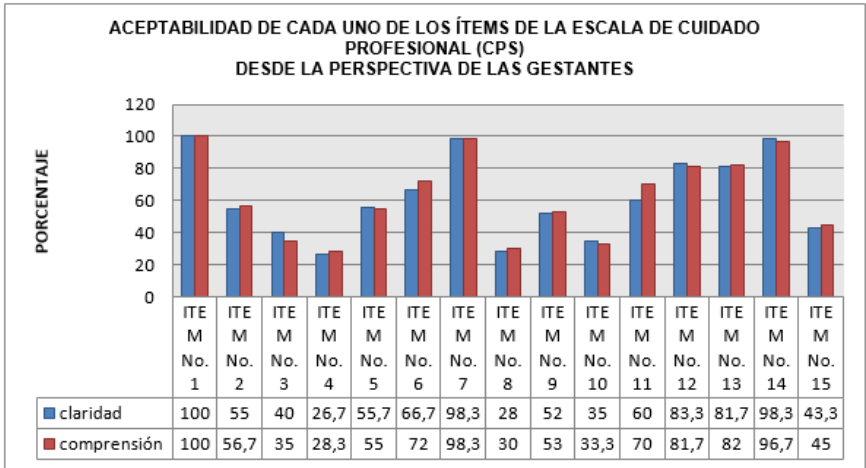


Figura 1. Aceptabilidad de cada uno de los ítems de la Escala de Cuidado Profesional (CPS), según las gestantes.

Fuente: Base de datos prueba de campo.

Los ítems No. 1-7-14 tienen una alta equivalencia semántica al lograr la claridad y comprensión esperada, y por lo tanto no requieren reformulación o adecuación semántica adicional.

Los ítems 6-11-12-13 que tuvieron una claridad y comprensión del 60% o más pero por debajo del 100%, no lograron transmitir el significado que quería darse a conocer, por lo tanto se consideró que el ítem debía ser reinterpretado y reformulado parafrásticamente, para poder avanzar en la comprensión, entendimiento e intensidad del contenido y garantizar su equivalencia conceptual; sin embargo estos no fueron modificados de forma radical.

Los ítems 2-3-4-5-8-9-10-15 con claridad y comprensión inferiores al 60% significaron que era indispensable que el enunciado sufiera una modificación radical, es decir, pasar por el rigor del proceso de adecuación semántica, y reformular el ítem sin alejarse de la equivalencia conceptual.

Una vez terminado el proceso de la adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) y, con el fin de mantener el rigor del proceso establecido, se consideró necesario aplicar la Escala de Cuidado Profesional (CPS) versión en español, ya adaptada semánticamente desde la perspectiva de las gestantes, a un nuevo grupo de ellas que cumplieran los mismos criterios de inclusión expresados en el presente estudio, con el fin de establecer si los ítems y la opción de medida propuestos en la versión en español, tenían la claridad y comprensión esperada. El tamaño de la muestra fue en este caso fue de 50 gestantes, obteniéndose los siguientes resultados:

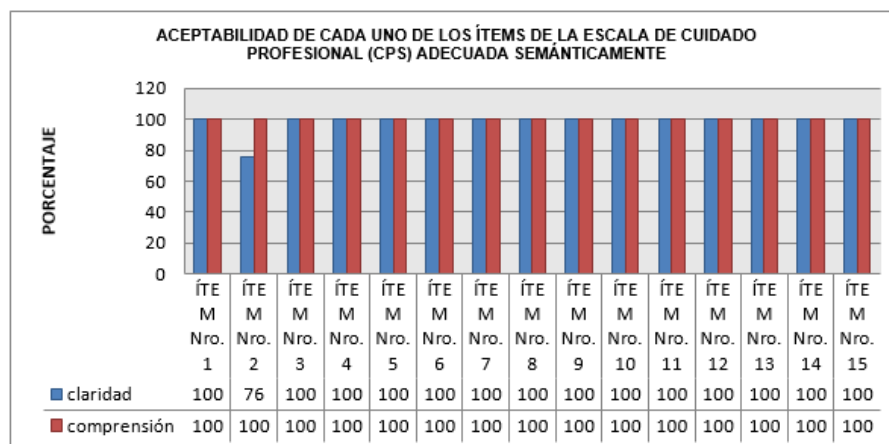


Figura 2. Verificación de la aceptabilidad de cada uno de los ítems de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) propuesta, según las gestantes.

Al aplicar la Escala de Cuidado Profesional (versión en español) que se propuso, a un nuevo grupo de gestantes, se observó claridad y comprensión del 100% en casi todos los ítems, excepto el ítem Nro. 2, que sólo alcanzó una claridad del 76%; el cual contiene la siguiente pregunta: ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo?, demostrando que continúa generando dificultades semánticas, por cual se propuso ser nuevamente reformulado, y en este proceso se replantee de la siguiente manera: ¿La enfermera le dijo que su embarazo irá bien si usted se cuida y sigue las recomendaciones?

Por ultimo durante la prueba de campo cada una de las gestantes tuvo la oportunidad de seleccionar la opción de medida que les parecía más adecuada y clara para contestar el ítem; ya que Arribas¹¹, considera que en esta etapa del proceso de adaptación transcultural, es necesario explorar la aceptabilidad, interpretabilidad y equivalencia semántica de las opciones de respuesta, para verificar si la respuesta es también clara y consistente con la pregunta o el ítem; lo que significa para Arribas Martin ()¹², que también es necesario adaptar el lenguaje y el tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los individuos a quienes va dirigido un cuestionario, así como la aceptabilidad por parte del sujeto que es preguntado, pues se lo contrario se convierte en una barrera semántica que puede llevar a interpretaciones erróneas en la aplicación. Los resultados encontrados fueron:

Tabla 2. Opción de respuesta de los ítems

OPCIÓN Nro. 1	OPCIÓN Nro. 2	OPCIÓN Nro. 3	OPCIÓN Nro. 4
SI ____ NO ____	NUNCA ALGUNAS VECES SIEMPRE	SIEMPRE LA MAYORÍA DE VECES ALGUNAS VECES SI ALGUNAS VECES NO NUNCA	SI DEFINITIVAMENTE EN SU MAYORÍA MITAD Y MITAD OCASIONALMENTE NO PARA NADA

Fuente: Tesis de grado

Tabla 3. Aceptabilidad de la opción de respuesta para los ítems de la escala de cuidado profesional (CPS) versión en español

OPCIÓN DE RESPUESTA				
ÍTEMS	Nro.1	Nro.2	Nro.3	Nro.4
	%	%	%	%
ÍTEM Nro.1	80,67	12,66	6,67	0
ÍTEM Nro.2	60	26,67	13,33	0
ÍTEM Nro.3	63,67	24,66	11,67	0
ÍTEM Nro.4	75	18,33	6,67	0
ÍTEM Nro.5	53,33	23,34	23,33	0
ÍTEM Nro.6	60	18,33	21,67	0
ÍTEM Nro.7	61,67	23,33	15	0
ÍTEM Nro.8	63,33	21,67	15	0
ÍTEM Nro.9	51,67	26,66	21,67	0
ÍTEM Nro.10	51,67	23,33	25	0
ÍTEM Nro.11	55	23,33	21,67	0
ÍTEM Nro.12	55	20	25	0
ÍTEM Nro.13	53,33	25	21,67	0
ÍTEM Nro.14	55	23,33	21,67	0
ÍTEM Nro.15	66,67	21,66	11,67	0

Fuente: Base de datos prueba de campo.

Se propone entonces que la opción de medida dicotómica que ofrece la forma No. 1, sea la que valore las preguntas contenidas en cada uno de los ítems de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) versión en español. Dado que fue la opción de respuesta con más aceptabilidad para las gestantes.

Después de la aplicación y análisis de la ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL (CPS) VERSIÓN EN ESPAÑOL adaptada semánticamente desde la perspectiva de las gestantes, se propone la escala definitiva. (Ver anexo N. 1).

4. Discusión

En el ámbito de la salud, la mayor parte de instrumentos de medida útiles en la investigación se encuentran en otras lenguas distintas de la española, por lo cual adaptar esos instrumentos a nuestro entorno requiere de un proceso que asegure la equivalencia conceptual, lingüística, semántica, técnica y cultural con el instrumento original, asegurando de esta manera su aplicabilidad transcultural. Para Arribas (2006)¹³, es necesario que ese tipo de instrumentos pasen por un proceso de adaptación transcultural, aun conociendo las propiedades psicométricas del instrumento en el país donde se desarrolló, porque de lo contrario el instrumento no será válido en nuestro medio; por lo tanto ese proceso de adaptación transcultural, como hace referencia Pons ()¹⁴, debe orientarse hacia la medición del mismo fenómeno en diferentes culturas, y su principal objetivo es producir un instrumento que sea apropiado para las personas objeto de la investigación. Además que la nueva versión del instrumento sea equivalente a la del instrumento original, de tal forma que sea comprendido por la mayor parte de la gente que habla el mismo idioma, independientemente de su subcultura.

Aguilar y col (2002)¹⁵ desarrollaron la adaptación transcultural del cuestionario de medida de calidad de vida (QOLIE-AD- 48) en adolescentes epilépticos, en la nueva versión que obtuvieron pudieron identificar aquellos ítems con respuestas inconsistentes, lo que les sirvió para determinar la confiabilidad y validez del cuestionario y verificar si estas propiedades psicométricas eran comparables con la versión original en inglés.

Pairó S y Palencia E (2006)¹⁶ realizaron la adaptación transcultural del cuestionario “The portrait values cuestionare (P: V: Q) IV versión, en el contexto venezolano y español. El cuestionario mide los valores personales desde la perspectiva de género. La prueba piloto donde participaron 40 personas, les permitió identificar los ítems que presentaron dificultades y realizarles el proceso de adecuación semántica y cultural, obteniendo un cuestionario equivalente al original y que puede actualmente ser aplicado en la población diana. Igualmente Sánchez (2009)¹⁷, obtuvo una versión en español de las escalas EORTC QLQ C-30 (instrumento general) y el EORTC QLQ BR23 (instrumento específico), que permiten medir la calidad de vida de los pacientes con cáncer, detectando algunas dificultades o confusión de los pacientes para responder ciertos ítems. Esos ítems se recolectaron en un formato, se analizaron, modificaron y se sometieron a una traducción inversa. Finalmente los cambios propuestos a la escala fueron presentados al grupo de calidad de vida del EORTC. Dicho grupo acogió todas las propuestas de modificación; sin embargo continúan adelantando el estudio de las propiedades de medición de dichas escalas, incluyendo la evaluación de validez de contenido y de criterio, la confiabilidad prueba-reprueba y la sensibilidad al cambio.

Álvarez (1997)¹⁸ en otro estudio destaca la importancia de realizar la adaptación transcultural del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud específica para Hemodiálisis “Kidney Disease Questionnaire (KDQ)” para su uso en España. La prueba piloto realizada con diez pacientes en hemodiálisis crónica, le permitió evaluar la factibilidad y comprensión de la versión española y finalmente la similitud de las características operacionales apoyaron la presunción de que las versiones española e inglesa del KDQ son conceptualmente equivalentes; aunque consideran que se debe continuar en el proceso de validación.

Berra S (2006)¹⁹ en Córdoba, Argentina realizó la adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población de 8 a 18 años de edad, instrumento que ha sido desarrollado y validado en 13 países europeos. A cada uno de los participantes se le permitió dar una opinión general sobre los ítems (dificultad en la pregunta, comprensión, interés y adecuación del lenguaje), utilizando el método de parafraseo en el cual la persona reformula el enunciado con sus propias palabras. Los resultados de la pre-prueba afirman que de los 52 ítems fue necesario hacer modificaciones en 8 preguntas para poder captar los mismos significados conceptuales que intenta medir la escala.

En cuanto a la importancia de la realización de la adaptación transcultural de las opciones de respuesta, Curvelo, E y Cardoso de Sousa (2005)²⁰, desarrollaron la adaptación transcultural del instrumento estructurado Family Neds Questionnaire (FNQ), que ha sido validado en los Estados Unidos, para medir las necesidades percibidas por los miembros de la familia, después del trauma craneo encefálico (TCE) de un familiar; encontraron tras la prueba de campo realizada a 20 familiares de las víctimas de un TCE, la necesidad de modificar uno de los 30 de los ítems del instrumento, que no alcanzó la concordancia establecida para ese estudio que era del 80%, al igual que sufrió modificaciones las opciones de respuesta, al ser adaptados al lenguaje o nivel sociocultural de los individuos a quienes iba dirigido el cuestionario.

La literatura comprueba que en este proceso donde incursiona enfermería, la presencia de escalas en otro idioma, y el requerimiento del rigor científico para adaptarlas a nuestro medio, dado el ámbito de globalidad profesional en el que nos desenvolvemos; y para ello se deben seguir los pasos establecidos para realizar un proceso de adaptación transcultural de instrumentos, en donde prime la equivalencia semántica, que nos aleje de los sesgos culturales debido al idioma que pueden invalidar su aplicabilidad o los resultados.

5. Conclusiones

En los procesos de adecuación semántica de una escala se requiere determinar la aceptabilidad en términos de claridad y comprensión, tanto del enunciado del ítem como de la opción de medida, para que no se conviertan en una barrera semántica que pueda llevar a interpretaciones erróneas en la aplicación.

En todo proceso de adecuación semántica, muchos ítems pueden sufrir modificaciones en el enunciado para hacerlo más claro y comprensible, sin embargo el investigador debe tener la capacidad de hacerlo conservando la fidelidad de la reproducción del contenido (equivalencia conceptual) y la misma interpretabilidad.

En los procesos de adecuación semántica requiere hacer una revisión profunda de cada ítems y de las opciones de respuesta, articulando los datos obtenidos en el parafraseo que designa la significancia del ítem, el significado del enunciado a la luz del diccionario de la RAE y de expertos, el proceso de traducción y retraducción de la escala (adaptación transcultural), las competencias cognitivas y afectivas de la enfermera y el marco teórico que soporta la escala.

6. Recomendaciones

La versión en español de la escala, planteada desde la perspectiva de las gestantes, debe ser aplicada en varios contextos donde se establezcan relaciones de cuidado, con el fin de perfeccionar el proceso de adecuación semántica.

La escala requiere de pruebas psicométricas de validez y confiabilidad hasta que se constituya en un escala de gran aceptación y confianza para la comunidad científica de enfermería

Referencias

- (1) SWANSON, Kristen. Desarrollo empírico de una teoría de cuidado de rango medio. *Nursing Research*. 1991; 40(3).
- (2) FERNÁNDEZ PORTAL, Luis et al. Actualizaciones SECOT: cirugía ortopédica y traumatología. Elsevier. 2003; 4. Barcelona, España.
- (3) SANCHEZ, Ricardo et al. Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2009; 13 (4).
- (4) ALVAREZ, F. et al. Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la Enfermedad Renal). *Revista de Nefrología*. 1997; 17 (6).
- (5) VIDAL LÓPEZ, Guillermo Ulises. Taller de lectura y redacción II: con enfoque en competencias. México. 2010.
- (6) ARRIBAS, Alberto. Adaptación transcultural de instrumentos. Guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuesta. *Revista científica de la AMBB*. 2006; 16(3).
- (7) ÍBIDEM
- (8) ABADZI, Helen. Analfabetismo de adultos, arquitectura cerebral y empoderamiento de los pobres [en línea]. *Revista educación de adultos y desarrollo*. DVV International. 2005, no. 65. Disponible en Internet: http://www.iiz-dvv.de/index.php?article_id=223&clang=3
- (9) ARDILA, Alfredo. Evaluación cognitiva en analfabetas. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*. 2000; 30.
- (10) MATUTE, Esmeralda et al. Influencia de la edad en la ejecución de las tareas relacionadas con el lenguaje en escolares. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*. 2010; 10(2).México.
- (11) Arribas. Op. Cit.
- (12) ARRIBAS, Martin. Diseño y validación de cuestionarios. *Revista Matronas Profesión*. 2004; 5 (17). Madrid, España.
- (13) Arribas. Op. Cit.
- (14) PONS, Rosa y ESCRIBA, Vicenta. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale". Proceso de adaptación transcultural. *Revista. Esp. Salud Pública*. 1998; 72 (6). Madrid, España.
- (15) AGUILAR, Benavente; BLANQUEZ, C, y RUBIO, E. Adaptación transcultural del cuestionario de medida de calidad de vida (QOLIE_AD_48) en adolescentes epilépticos. *Revista Psiquis*. 2002; 23 (6).España.

- (16) PEIRO, Salvador y PALENCIA, Esperanza. Adaptación transcultural del cuestionario. The portrait values cuestionare (P: V: Q) IV versión basada en el modelo de HRQOL INSTRUMENTS. Revista de valores Universidad de Carabobo. 2009; 1 (11).
- (17) Op. Cit. Sánchez
- (19) BERRA, Silvana et al. Adaptación transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud: en la población argentina de 8 a 18 años. Revista archivos argentinos de pediatría. 2009; 107 (4). Buenos Aires, Argentina.
- (20) CURVELO, Edilene y CARDOSO de SOUSA, Regina Marcia. Adaptación transcultural del instrumento Family Needs Questionnaire. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2009; 17 (4).

Anexo N. 1

PROPUESTA

ESCALA DEL CUIDADO PROFESIONAL

VERSION EN ESPAÑOL 2011

(Original en inglés. Dra. Kristen Swanson)

En la siguiente escala usted puede evaluar la clase de atención que recibió de parte de la enfermera profesional que le realizó el control prenatal. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, encierre en un círculo el número que usted considere se acerca más a lo que usted percibió; de la siguiente forma:

1= SI 2= NO

ACTIVIDAD EVALUADA EN ENFERMERÍA	SI	NO
SANADOR COMPASIVO		
1. ¿La enfermera la hizo sentir bien?	1	2
2. ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo?	1	2
3. ¿La enfermera la escuchó con atención?	1	2
4. ¿La enfermera le permitió expresar sus sentimientos?	1	2
5. ¿La enfermera demostró preocupación por lo que le sucede a usted?	1	2
6. ¿La enfermera la estimuló para que siga adelante?	1	2
7. ¿La enfermera fue respetuosa con usted?	1	2
8. ¿La enfermera comprendió sus dolencias y preocupaciones	1	2
SANADOR COMPETENTE		
9. ¿La enfermera demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	1	2
10. ¿La enfermera le brindó ayuda y colaboración?	1	2
11. ¿La enfermera le realizó correctamente el control prenatal?	1	2
12. ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal?	1	2
13. ¿La enfermera le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	1	2
14. ¿La enfermera fue amable con usted?	1	2
15. ¿La enfermera la trató como persona?	1	2

Aplicación de algunos factores de la teoría del cuidado humano en el cuidado que ofrecen los profesionales de Enfermería a los niños hospitalizados en un hospital infantil del sur occidente colombiano.

Cuidado Humanizado: ¿un reto para el profesional de enfermería?

Gloria Yaneth Maya Pantoja¹

Roosby Karina Gallardo Solarte²

Resumen

El estudio realizado permitió comprender que en el momento de dar el cuidado, el profesional de enfermería desconoce que algunas de las acciones que realiza están enmarcadas en teorías que acreditan y reconocen el trabajo de la profesión. Según Watson (1985) la práctica diaria de la Enfermería se sostiene en un sólido sistema de valores humanísticos que se debe cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos que guían esta actividad. El objetivo permitió describir la aplicación de algunos factores como la inculcación de la fe y la esperanza, el desarrollo de una relación de ayuda, la confianza y la aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en el cuidado que ofrecen las enfermeras, a los niños hospitalizados.

La metodología utilizada fue la fenomenológica porque facilitó a las personas relatar cómo fueron vividas sus experiencias, mediante entrevistas en profundidad.

Se identificó tres temas: -la fe y la esperanza como sincretismo en la recuperación del niño; -sintiendo las carencias del otro: una manera de fomentar la ayuda y la confianza y, finalmente, -la actitud como puente para facilitar la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Las participantes reconocen que la comunicación es la herramienta que facilita a la enfermera conocer y entender sus comportamientos y reacciones emocionales.

Palabras clave: Cuidado, comunicación en salud, calidad, cuidado del niño.

Application of certain factors of the theory of human care in the caring provided by nurses to children hospitalized in a children's hospital in the southwest of Colombia.

Humanized care: a challenge for the nurse?

Abstract

The study provides insight that at the time of giving care, nursing professionals know that some of the actions taken are framed in theories that accredit and recognize the work of the profession. According to Watson (1985) daily nursing practice is held in a solid system of humanistic values that must be cultivated throughout working life and integrate scientific knowledge that guides this activity. The goal allowed describing the

¹ Magíster en Enfermería; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: gmaya@umariana.edu.co

² Magíster en Enfermería; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

application of some factors such as the inculcation of faith and hope, developing a helping relationship, trust and acceptance of the expression of positive and negative feelings in the care offered by nurses, to hospitalized children.

The methodology used was phenomenological, facilitating people to tell how their experiences were lived through in-depth interviews.

Three themes were identified: -the faith and hope as syncretism in the recovery of the child; -feeling the limitations of another: a way to encourage the support and trust and, finally, -the attitude as a bridge to facilitate the expression of positive and negative feelings.

The participants recognize that communication is the tool that facilitates at nurse knowing and understanding their behavior and emotional reactions.

Key words: Care - health communication - quality child care.

1. Introducción

En coherencia con la reorganización de los sistemas y servicios de salud, es de especial interés para los profesionales de Enfermería fortalecer el cuidado para la satisfacción de la persona hospitalizada y de su familia. Siendo el cuidado una de las funciones básicas de gestión, liderazgo, dirección y control, es importante tener en cuenta un conjunto de medidas que garanticen el desarrollo de competencias actitudinales asertivas en el trabajo, para que sea ejercido por personas que no sólo sepan del cuidado, sino que sean verdaderos cuidadores que potencien la salud de los niños(as) o persona(s), facilitando la expresión y comprensión de sentimientos, mediante una comunicación eficaz.

Considerando lo anterior, es fundamental preguntarse, qué tan competente es el profesional de enfermería en plasmar todas sus potencialidades para que éstas sean evidenciadas en el cuidado, articulando en su rol los conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas frente al individuo, familia o comunidad.

2. Desarrollo

La Enfermería es una disciplina práctica, y las teorías logran su importancia en relación con el impacto que ellas tienen en el cuidado de la misma; sin embargo, sólo hasta hace poco se ha hecho énfasis en la relación de las teorías con la práctica y en comenzar a probarlas por medio de estudios cualitativos. La presente investigación es un estudio de este tipo, porque describe la aplicación de algunos factores del cuidado humano planteados por Jean Watson (1985) durante el desempeño del profesional de enfermería. Los resultados permiten entender un fenómeno en una situación particular y sus hallazgos son importantes para guiar la práctica de enfermería, contribuyendo al importante proceso de desarrollo de teorías para la construcción o la ampliación del conocimiento disciplinar.

La estrategia es fenomenológica ya que relata las experiencias, tal como son vividas por los o las enfermeras participantes en el estudio; la única fuente de información fiable es la persona que tuvo la experiencia. Según Castillo y Vásquez (2003) al percibir a la persona integrada en su entorno, su experiencia se hace única, ya que cada uno(a) es cualitativamente diferente, dependiendo de la capacidad de establecer significados, teniendo en cuenta el lenguaje, la cultura y los valores; captar esa información “requiere escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con el informante” (p. 165).

Las personas participantes en esta investigación fueron seis enfermeras que trabajaban en el Hospital Infantil del sur occidente colombiano, en el Servicio de Hospitalización, quienes se involucraron voluntariamente en el estudio.

2.1 Recolección y Análisis de la Información

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, la cual fue un diálogo de pares, abierto y personal, que alcanzó la suficiente confianza y familiaridad para realizar las preguntas reflexivas o narrativas que se aplicó individualmente. Aunque se definió los temas, no se fijó una secuencia para

desarrollarlos, ya que las preguntas dirigidas tendieron a cambiar a medida que las investigadoras aumentaban sus evidencias a partir de entrevistas previas.

Para la recolección de la información y previa autorización de la institución donde se llevó a cabo el trabajo, se tuvo un contacto inicial con las enfermeras(os) del servicio, con el fin de dar a conocer el consentimiento informado y definir la fecha del primer encuentro para realizar la correspondiente entrevista, la cual fue grabada y transcrita textualmente para cada participante. Hubo un promedio de 2 a tres encuentros con una duración de 45 a 50 minutos, hasta conseguir la saturación de la información.

Las investigadoras realizaron el siguiente proceso: a) Diálogo con los participantes para sacar las narrativas tanto orales como escritas. b) Actitud constante de pregunta para dar mayor claridad a las interpretaciones. c) Inclusión de los participantes en el proceso investigativo. d) Escucha y transcripción de las cintas de cada una de las entrevistas realizadas a los participantes, ya que todo lo narrado tuvo un significado importante. e) Análisis de las entrevistas durante la recolección de la información, mediante una interpretación inicial para aclarar y ampliar los comentarios y verificar la exactitud de lo dicho.

2.2 Aspectos Éticos

La presente investigación está clasificada como investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), pues tuvo en cuenta el consentimiento informado, se dio el tiempo suficiente para que las participantes lo leyeran y firmaran en caso de participar en la investigación y estar de acuerdo con ella. El contacto con cada enfermera del servicio se llevó a cabo una vez finalizada la jornada laboral; esto fue a las 13:00 y a las 19:00 horas. La información que se obtuvo de las entrevistas fue codificada para que no pudiera relacionarse con las participantes, cuya identidad no se publicó durante la realización del estudio.

3. Resultados

Al realizar la interpretación profunda se identificó tres temas y ocho subtemas alrededor de los factores cuidadosos elegidos por las investigadoras: -la fe y la esperanza como sincretismo en el cuidado y recuperación del niño; -experimentando y sintiendo las carencias del otro: una manera de fomentar la ayuda y la confianza durante el cuidado, y -la actitud promociona y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos.

3.1 La fe y la esperanza como sincretismo en el cuidado y recuperación del niño.

Al indagar a las participantes sobre la manera como inculcan la fe y la esperanza a los niños bajo su cuidado, indican que éstos son considerados elementos de cuidado por las enfermeras, teniendo en cuenta que “el poder humano transforma la realidad, cuando se tiene confianza en un ser supremo que ayudará a obtener un resultado positivo”, como sostiene una de ellas.

En el estudio se encontró que durante la relación enfermera-paciente debe existir siempre un pensamiento positivo frente a cualquier situación que se presente; dos de las enfermeras, para restablecer la salud y disminuir el sufrimiento y el dolor, creen que “si la energía espiritual que sale de la mente y el corazón, se transmiten al niño y la familia, hace que en muchas ocasiones los niños salgan adelante y recuperen su salud”. Tres de las participantes fomentan los pensamientos positivos con la utilización de la siguiente frase: “si los seres humanos piensan positivamente, la posibilidad de que el paciente se recupere va a ser mayor”. Otra de las enfermeras incentiva la fe y la esperanza haciendo que miren las fortalezas internas para que no se rindan frente a las adversidades.

Las oraciones cultivan las propias prácticas espirituales; los resultados de ese encuentro son una paz que sobrepasa todo entendimiento y una gratitud inmensa hacia un Ser Superior, caracterizado por su gran e inefable amor. Es por ello que dos de las enfermeras piden a los niños y familiares:

Que eleven una oración a Dios, especialmente en momentos de angustia, cuando su hijo no evoluciona bien con el cuidado que se le está brindando, y se le comenta que la medicina, muchas veces no lo es todo, [...] deben orar para que el tratamiento funcione.

En muchas ocasiones las enfermeras comentan que les facilitan oraciones con imágenes a los niños o familiares, los orientan sobre dónde queda la capilla, o la imagen del Niño Jesús, y les indican las placas de agradecimiento que le han llevado personas que acudieron a él, en momentos en que consideraban que todo estaba perdido por parte de la medicina.

Una de las vivencias, descrita por una participante de la investigación, es el caso de Laura Sofía:

Padecía una infección muy grande; en cualquier momento iba a fallecer; todos le decían que tuviera fe en Dios, porque era el único que la iba a sacar adelante. Fue una experiencia extraordinaria al saber que después de todo, de las oraciones y de la fe que ella tenía en Dios, la niña se recuperó y salió adelante.

La enfermera le ayudaba a acrecentar su fe, apoyándola durante sus oraciones, llevándola a la capilla a orar y entregándole material religioso. La niña mejoró; la participante comenta que el estado actual de su salud es bueno, con todas las manifestaciones propias de su edad y que frecuentemente la visita y la saluda. Esto la lleva a afirmar que “la fe sí mueve montañas; las enfermeras pensaban que iba a tener algún problema cerebral, ya que alcanzó a tener una hemorragia severa, pero no; está bien y sin ningún problema”.

Las enfermeras opinan que los recursos con que una empresa cuenta para la atención, constituyen una de las ventajas competitivas más importantes, porque con ello logran un alto nivel de calidad. Cinco de las seis enfermeras dicen que fomentan la fe y la esperanza dando a conocer los recursos que tiene la Institución para la atención de su hijo(a), pues esta explicación aumenta la credibilidad en la Institución Prestadora de Salud (IPS) y en la recuperación de las personas que son hospitalizadas en ella. Comentan que:

Cuando el niño es hospitalizado y la familia observa que para su tratamiento, el niño cuenta con un recurso humano capacitado para brindarle el cuidado y con recursos técnicos y tecnológicos que serán utilizados para realizar un diagnóstico y un tratamiento oportunos, las personas se fortalecen y estos elementos se convierten en una herramienta importante para lograr la recuperación del niño, porque les permite pensar que la permanencia del niño en el hospital va a ser menor.

Por lo anterior, las participantes creen que:

...presentar al personal médico, de enfermería y todas las personas que se encuentren alrededor del niño, al igual que informar los servicios que estarán a disposición como laboratorio, nutrición, rayos X, farmacia, entre otros, es de gran importancia para la recuperación, porque esta información brindada al niño y a la familia promueve la fe y la esperanza de que la recuperación va a ser pronta y además saben que están en manos de personas capacitadas, al igual que una institución con todos los servicios necesarios para prestarle ayuda en el momento en que él los necesite.

Las participantes comentan que durante la relación con los niños y familiares es importante la comunicación efectiva, como una estrategia fundamental para inculcar la fe y la esperanza, especialmente la no verbal, para disminuir el estrés, la angustia, la ansiedad, el miedo, la tristeza y la depresión del niño, y así lograr brindar un cuidado integral durante la hospitalización.

Durante las entrevistas realizadas se encontró que cinco de las enfermeras infunden fe por medio de la comunicación verbal, incitando a la oración; tres de ellas tienen en cuenta la comunicación no verbal realizada por medio de gestos, posturas expresivas y caricias al infante, ya sea en su cabecita, en su espalda, siempre mostrando un rostro sonriente, amable y optimista que induce a la oración, tanto a niños como a familiares.

Las enfermeras opinan que un mecanismo para mejorar la comunicación, es ganarse la confianza de ellos por medio de la parte lúdica, especialmente por medio de la lectura de cuentos, colorear cartillas infantiles que tengan mensajes y temas propios de su edad, e incentivar a que sus padres participen en estas actividades, porque son parte importante durante la recuperación de sus hijos.

Otro aspecto que tienen en cuenta las participantes durante la comunicación es la seguridad que debe existir en el momento de brindar información o de realizar los procedimientos frente a los niños y familiares, pues del diálogo existente depende la fe y esperanza que haya para la recuperación; cuatro de ellas citan como ejemplo, la siguiente información: “este medicamento o este procedimiento que vamos a realizar es para

que te mejores y puedas volver a estar con tu familia, tus amigos”. Con esta afirmación le ayudan a tener fe y esperanza en los efectos de los medicamentos; y “cuando el procedimiento se realiza con seguridad y conocimientos, la familia tiene fe y esperanza en su recuperación”.

Dos de las enfermeras opinan que “si la comunicación se hace con respeto, cordialidad, soporte científico y disposición, se aumenta la fe en los niños y familiares, y los resultados se ven reflejados en la recuperación, colaboración del niño y su familia”.

Una estrategia útil e importante también durante la comunicación, es comentar las experiencias vividas con otros niños y en otros tiempos para infundir fe y esperanza. Dos de las enfermeras les explican a los niños y familiares las experiencias o vivencias de casos anteriores y les ilustran

...narrando y contando situaciones de la vida real que han tenido otros pacientes en circunstancias parecidas y que han salido adelante con apoyo de las oraciones tanto del niño como de familiares, y compartiendo sus sentimientos en cuanto a lo que está sintiendo el niño con relación al dolor.

3.2 Experimentando y sintiendo las carencias del otro: una manera de fomentar la ayuda y la confianza durante el cuidado

Las enfermeras del Hospital Infantil del sur occidente colombiano opinan que la comunicación es un aspecto importante en la expresión de ayuda y confianza hacia el niño y su familia durante la hospitalización, porque retorna como confianza hacia el personal de enfermería y contribuye en la recuperación integral del paciente y en la disminución de las complicaciones.

Las enfermeras, además de explicar los cuidados que deben tener el niño y la familia en la casa, les ofrecen información acerca de la Institución de salud con todos sus componentes locativos, tecnológicos y de servicios. Según su opinión, recalcar que la institución cuenta con excelentes recursos para brindar cuidado integral a su niño, garantizando diagnóstico y tratamiento oportunos y con calidad, hace visible cómo el infante se convierte en el centro de atención en todo el proceso.

Crean que la seguridad, conocimiento y habilidad con que el profesional de enfermería explique al paciente y a sus familiares los procedimientos que se está realizando, son también aspectos que toman fuerza para que tanto el niño como sus familiares se sientan más seguros y confiados, porque la explicación les permite saber que las reacciones que está presentando el niño son normales, que los procedimientos realizados son correctos para su recuperación y que en cualquier momento, la ayuda brindada va a ser la más oportuna. Los siguientes relatos ilustran algunas de las maneras cómo la enfermera actúa en este sentido, con alto nivel profesional: “Cuando se administra a los niños quimioterapia, se explica, primeramente a los papás, los efectos que va a presentar el niño durante el tratamiento”; “Evito maltratar las venitas colocando el medicamento suavemente”; “El niño llega con una hemorragia severa, la enfermera le coloca plaquetas según orden médica y edad; los familiares observan que está parando el sangrado”.

En algunos casos invitan a los padres a observar los procedimientos de curación que están aplicando a su hijo, pues así ellos sienten mucha más seguridad y confianza:

Eso fue precisamente lo que se hizo con una señora que tenía hospitalizado a su bebé por una afección respiratoria, y así, con su presencia, diciéndole lo que se estaba haciendo, ella se mostró muy tranquila y confiada, y gracias a Dios los resultados fueron óptimos, pues su pequeño se curó.

En ese sentido, las enfermeras se esmeran por explicar en los términos más sencillos posibles, aquellas acciones que, a los ojos de los padres, pueden ser difíciles de asimilar. Una de las enfermeras comentó cómo al explicar a los padres el porqué y el para qué su niño estaba siendo alimentado mediante sonda nasogástrica, la actitud aprehensiva de los progenitores se suavizó:

...tanto a la madre como al padre se le informó cómo es el procedimiento, y se les preguntó, en este caso, si la madre deseaba hacerlo, con ayuda de la enfermera; ella dijo que no, pero que se sentía más segura y confiada de lo que se le estaba haciendo al bebé.

El hecho de ponerse en el lugar del otro cuando se explica la enfermedad o los procedimientos, hace que exista satisfacción, claridad y gratitud por parte de los niños y los familiares: “Cada vez que sale un niño del servicio y a los dos o tres meses vuelve a su control, el niño siempre visita el servicio, con demostraciones de afecto, cariño y amabilidad hacia el personal de enfermería”. Estas manifestaciones de cariño las expresan con cartitas que entregan a las jefes de servicio, en otros casos con dibujos, o les llevan chocolates, todos llenos de inmensa gratitud y cariño.

Otra de las enfermeras manifiesta que brinda ayuda y confianza compartiendo información oportuna acerca de los resultados de los exámenes de laboratorio que se le haya realizado al niño; de esta forma, los familiares se dan cuenta de la responsabilidad que tienen ellas con sus niños, y de la idoneidad de sus cuidados.

También comentan que la identificación de necesidades en los niños, dando solución a los problemas, incrementa la relación de ayuda y confianza de éstos y sus familiares. Por ejemplo, brindar ayuda a los familiares en lo relacionado con los trámites administrativos cuando hacen el ingreso del niño al hospital, o cuando hacen autorizar algún examen, o cuando ya se ha dado de alta al niño: “siempre se les guía acerca de dónde deben hacer autorizar los exámenes ordenados por los médicos”, “guiándolos hacia donde está ubicada la caja”.

Una de las enfermeras afirma que llamándolos por el nombre y haciéndolos sentir como si estuvieran en su propia casa, logra fomentar la percepción de ayuda y confianza durante el cuidado, como también esforzándose para que sus alimentos sean lo más parecidos a los que consumen en su casa y que las rutinas cotidianas del hogar sean mantenidas dentro de los límites establecidos por el hospital: “Cuando les damos el desayuno, por ejemplo, tratamos de que el niño reciba los alimentos que él está acostumbrado a ingerir en su casa”; “a los niños de la costa les damos un poco más de comida porque ellos sienten más hambre en clima frío; algunos de ellos manifiestan sentir hambre”; “a los niños se les hace ver los programas de televisión acostumbrados, como por ejemplo El chavo del ocho, y los programas de dibujos animados”.

Las enfermeras también utilizan el juego para brindar ayuda. Por ejemplo, a través de pinturas, utilizando colores, témperas y papel, los niños manifiestan algunas de sus necesidades o dificultades como la soledad, el dolor, la nostalgia por la casa, la necesidad de la compañía de la madre o de los hermanos, que extrañan los juguetes. De esta forma detectan y, si es posible, dan solución en estos casos específicos.

Tres de las enfermeras creen que brindan ayuda y confianza a los niños y familiares cuando tratan de solucionar, de una u otra forma, las necesidades económicas que a veces son muy notables, buscando la ayuda necesaria con el personal voluntario, o con trabajo social, o realizando colectas con el personal de salud del servicio. Afirman que en muchas ocasiones vienen madres con un día o dos de puerperio con su hijo en sus brazos, de un municipio lejano y sin plata: “Algunas madres de los niños no tienen para almorzar o para comer”; “otras madres no tienen plata para transportarse”; “Algunas madres no tienen plata para comprar los medicamentos que no están cubiertos por el carné”.

Dos de las enfermeras afirman que otra manera de ofrecer ayuda y confianza es a través de la intervención del psicólogo, o psiquiatra; manifiestan que lo han hecho en situaciones en las que los niños presentan conductas agresivas, cuando existe el fallecimiento de un niño y los familiares no han podido superar el dolor, o en casos de ansiedad o depresiones, tanto de los familiares como de los mismos niños. En otras circunstancias han buscado fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales cuando el niño necesita de estas disciplinas para lograr su recuperación. Por ejemplo, para lograr la sanación de un niño que sufrió una quemadura en miembros superiores y tenía una retracción, se buscó la ayuda del fisioterapeuta para hacer que vuelva a recuperar la movilidad del brazo y conseguir su independencia para realizar actividades diarias como bañarse, o comer, entre otras. De esta manera se observa cómo las enfermeras se apoyan en otras disciplinas para brindar ayuda y confianza a los familiares y niños hospitalizados.

3.3 La actitud promociona y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos

Las participantes opinan que al ofrecer afecto y ternura a los niños y sus familiares, brindan confianza, promueven y aceptan la expresión de sentimientos. Todas creen que la comprensión de las manifestaciones

que tienen los niños o sus familiares, con cariño y paciencia, facilita la aceptación de la expresión de sentimientos negativos.

Una de ellas comenta que durante la expresión de enojo y mucha rabia, actúa “como verdadera madre”, corrigiendo la conducta inadecuada; si observa que el niño reacciona con agresividad, lo mira a los ojos y con serenidad y firmeza le dice “sé que estás molesto, pero no podemos comportarnos de esa manera”. Posteriormente conversa con él y le dice lo que espera de él, “sea un niño colaborador, ya que si lo es, podrá salir mucho más rápido del hospital”. Siempre tiene en cuenta las circunstancias para dirigirse al niño de una manera breve y clara, explicándole de buena forma lo que está sucediendo en torno a su enfermedad, la razón de la hospitalización, lo felicita durante una buena conducta, mediante palabras y gestos aprobatorios como “lo has hecho muy bien”, “te estás portando bien, me alegro”.

En muchas ocasiones las enfermeras enseñan a los niños otras alternativas para descargar su agresividad, como conversar sobre lo que están sintiendo, escuchándolos con mucho afecto y haciéndoles sentir que ellos y todo lo que les pasa, es importante para ellas. Otros mecanismos utilizados son realizar actividades físicas moviendo con fuerza los brazos, jugar con plastilina, contarles historietas, preguntándoles siempre “¿qué pasó con ese hombre valiente que ingresó al hospital?”; o sacándolos a pasear como forma de distracción. Todos estos mecanismos han ayudado a manejar diferentes situaciones que se presentan con los niños en el hospital.

Otra de las enfermeras, durante el cuidado, tiene en cuenta la expresión y aceptación de sentimientos, brindándoles confianza, cariño, y aprovechando todos los momentos en los que tiene contacto con ellos, por ejemplo, cuando los baña, o durante el recibo y entrega de turno, dialogando acerca de “cómo amaneció o cómo se siente”. Al igual, cuando aplica los medicamentos; por ejemplo, durante la quimioterapia les explica lo que les va a pasar, “que si le duele una vena,” se la deben cambiar.

Las enfermeras están pendientes de las reacciones de los niños, como vómito, náuseas y mareos; es por ello que utilizan el contacto con ellos y aprovechan estos momentos de cuidado para tener un mayor acercamiento y poder manejar los sentimientos positivos y negativos que manifiesten durante el turno:

...los sentimientos negativos son más difíciles de sobrellevar porque no sólo son los de los niños, sino también los de los familiares, entre los cuales se encuentra: reproches, quejas, mal genio... En los niños, el llanto, el que no colaboren en los procedimientos...

Las participantes opinan que es muy fácil reconocer la tristeza en un niño: él no habla, no se ríe, está molesto, agresivo; en estos casos los manejan con cariño y ternura, haciéndoles cosquillas cuando son más grandecitos, explicándoles su situación, siendo amables, afectuosas. Con un saludo agradable, una sonrisa, dicen “que ellos mismos expresan lo que está pasando”. Manifiestan que algunos de los aspectos que generan tristeza a los niños son el dolor, los procedimientos como la canalizada de vena, el paso de una sonda, la administración de un medicamento, no poder estar en el colegio con sus amigos, estar encerrado en el hospital, no estar con sus hermanos y sus papás.

Es importante la actitud de la enfermera durante la expresión de los sentimientos positivos del niño, pues allí debe estar reflejada toda su capacidad para conocerlos, llamarlos con el nombre, manejarles su autoestima con confianza, decirles que “está lindo, que se va a poner bien, que si colabora con los procedimientos va a estar más rápido en su casa, atendiéndolos bien, tratándolos con cariño”. Otra forma de aceptación de expresión de sentimientos positivos que utilizan las enfermeras es dándoles un abrazo, un beso, manifestándoles cariño a través de juegos, diciéndoles que están bonitos, felicitándolos porque se bañaron, porque están limpios, porque saludaron bien al pediatra, porque no lloran tanto...

Algunas comentan que su función asistencial no se debe basar sólo en la parte científica relacionada con lo que sabe y hace la enfermera, sino también con manifestar esa parte humana que debe tener el profesional de enfermería hacia sus pacientes. Afirman que debe existir un espacio de acercamiento con la persona atendida, en especial cuando es un niño, y expresa sentimientos negativos, cuando atraviesa fases de aburrimiento, tristeza, llanto, negación frente a los procedimientos; es en ese momento cuando por lo general utiliza la lúdica, el dibujo, la pintura, el collage, los juguetes elaborados con materiales reciclables como papel de

revistas, tapas de envases, palillos, cartones, frascos y semillas. Todas estas actividades son realizadas con el fin de mejorar su ambiente y entorno.

Durante el cuidado, comentan que entre otras situaciones difíciles que se presentan, está el fallecimiento de un niño. Una de las enfermeras manifestó que

El hecho de ser madre, hace que entienda mejor la situación, porque hay una mayor sensibilidad frente a lo que sucede, y manejar esos sentimientos de la familia hace que haya un crecimiento espiritual debido a que se logra tener mayor capacidad de entenderlos; se tiene mayor paciencia con ellos; se trata de manejar la situación con humildad, porque esto nos puede suceder a todos en cualquier momento, logrando así una mayor afinidad con las personas, integrándose con ellos, con lo que les está sucediendo, siendo más tolerante, escuchándolos con atención y con disposición, con respeto, manifestándoles interés en lo que les están diciendo.

Afirma que la experiencia para conducir estas situaciones y ayudar a enfrentar mejor estos casos difíciles se adquiere con el tiempo.

Una de sus afirmaciones centrales es la importancia de la actitud que debe mantener la enfermera durante el cuidado que se brinda a los niños hospitalizados, ya que si ésta es positiva, se muestra sonriente, amable, hace que la comunicación entre el niño, el personal y la familia sea fluida, que haya diálogo, empatía, confianza; por el contrario, si la actitud es negativa, aburrida, agresiva, con un constante mal genio, donde hay falta de colaboración y ausencia de diálogo, la conversación y el contacto quedan bloqueados.

Todo lo anterior, afirman las participantes, permite establecer que hay una relación directa entre la actitud y el diálogo permanente para la expresión de sentimientos del niño y los familiares, porque una actitud hostil por parte del profesional de enfermería se convierte en una limitante para la comunicación y la expresión de sentimientos, lo cual incide en la colaboración y recuperación del niño.

El trabajo interdisciplinario también facilita la expresión y la aceptación de sentimientos. Algunas enfermeras opinan que la intervención de los estudiantes que rotan por los diferentes servicios del hospital, como son en este caso los de terapia ocupacional, psicología y enfermería, ayudan a la expresión y la aceptación de sentimientos de los niños hospitalizados, ya que con esa ayuda interdisciplinaria se llega a identificar con mayor facilidad los problemas que ellos y sus familiares pueden estar sintiendo, y a la vez se logra una mayor interacción del personal al cuidado, para dar solución a los problemas o necesidades sentidas. Este tipo de trabajo facilita la expresión de sentimientos en los niños, ya que se habla con un lenguaje común, con un mismo fin y una perspectiva de servir desde las diferentes disciplinas.

Las actividades programadas por los estudiantes, como el juego, mirar películas u otras asociadas a la parte recreacional, ayudan a disminuir la manifestación de los sentimientos negativos y a promocionar los positivos en el niño, aumentando la confianza y seguridad suya y la de su familia.

4. Conclusiones

Las oraciones, la comunicación, los recursos técnicos y tecnológicos, la inculcación de la fe y la esperanza, se convierten en herramientas fundamentales que desencadenan efectos positivos en los familiares y los niños y, por ende, en la recuperación de la salud física.

La comunicación y la identificación de necesidades en los niños para dar solución a los problemas presentados, son importantes para fomentar la ayuda y la confianza y brindar un cuidado integral durante su hospitalización.

El afecto y la ternura durante el cuidado, junto con el trabajo interdisciplinario, facilitan la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos del niño hospitalizado.

El presente estudio permitió comprobar que éstos y otros elementos de la Teoría del Cuidado Humano pueden estar presentes en la práctica de la enfermería, aún sin ser explícitamente conocidos a través de su estudio formal, en tanto ésta sea asumida por profesionales sensibles al sentido humano de la relación enfermero(a) – paciente, que puedan dar cuenta de su aplicación desde argumentos fundados en

la sensibilidad, la vocación por el servicio, la generosidad de un compromiso profundo, en este caso con los(as) niños(as), sus mundos interiores, y su universo familiar y cultural.

Referencias

- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430 “Por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Watson, J. (1985). Nursing: The philosophy and science of caring. Recuperado de <http://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf>

Bibliografía

- Bautista, L. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74-84
- Burns, N. E. y Grove, S. (2012). Investigación en enfermería. Recuperado de <http://www.bokus.com/bok/9788481745177/investigacion-en-enfermeria-evolve/>
- Campos, H. (2006). *Enfoque interdisciplinario. Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería*. México: Episteme.
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 27-35.
- Cibanal, J. y Arce, M. (1991). *La relación enfermera-paciente*. España: Universidad de Alicante.
- López, M. y Vargas, L. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2, 93-102.
- Marriner, A. y Allgood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6ª ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Navarro, P. (2010). La comunicación en Enfermería como arte del cuidado para abordar a la adolescente embarazada. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2065/1/La-comunicacion-en-Enfermeria-como-arte-del-cuidado-para-abordar-a-la-adolescente-embarazada.html>
- Pichardo, F. (2009). Curso Comunicación aplicada a la enfermería. Recuperado de <http://www.mailxmail.com/curso-comunicacion-enfermeria>.
- Quintero, M. (s.f.). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68.
- Sánchez-Herrera, B. (2008). Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Avances en Enfermería*, 26(1), 65-74.
- Santos, C. y Shiratori, K. (2008). Comunicación No verbal: su importancia en los cuidados de Enfermería. *Revista Enfermería Global*, 7(1).
- Suêda, M., Da Silva, M. y De Oliveira, M. (2007). Evaluación de la aplicabilidad de la teoría de Watson en un estudio empírico. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia* 78, 15-18.
- Villalobos, C. (2007). La perspectiva del “cuidar” a niños en una dimensión interdisciplinar. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1).
- Watson, J. (1999). *Filosofía y teoría de los cuidados humanos* (3ª. ed.). California: Universidad de Colorado.
- (s.f.). Ponencia del Primer Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Recuperado de http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

Aplicación de principios bioéticos y de cuidado por la enfermera y la percepción del paciente

Application of bioethical principles and care by the nurse and the perception of patients

María Beatriz Escobar Escobar¹

Resumen

El método utilizado para la presente investigación es descriptivo, transversal, con diseño correlacional. La población estuvo conformada por 29 usuarios de la Clínica Piloto ASSBASALUD E.S.E. y 20 profesionales de enfermería que laboran en la sección de Urgencias en el periodo de Septiembre a Octubre de 2014, mediante observación directa.

Se tuvo como objetivo, determinar la relación entre la aplicación de los principios bioéticos del cuidado brindado por la enfermera, y la percepción del paciente atendido, bajo la Teoría de Bioética Sinfonológica de Gladys Husted y James Husted, y la teoría de Swanson, donde se indica que los cuidados son dados como un conjunto de procesos secuenciales.

La mayoría de las personas de enfermería de los servicios de Urgencias y Observación tiene una percepción favorable sobre la **aplicación de los principios bioéticos y de cuidado de enfermería**: Autonomía 83.3%, Justicia 55,3%, Beneficencia 96,5% y No maleficencia 96,4%.

El trabajo permite concluir que es necesario elaborar estrategias orientadas a la reflexión, acción y actualización sobre el conocimiento y aplicación de los principios bioéticos y de cuidado de enfermería. De igual manera, se requiere efectuar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas en los diferentes servicios, a fin de garantizar la calidad y la humanización del cuidado enfocado en los principios bioéticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia. El personal administrativo debe preocuparse constantemente de la percepción del (la) enfermero(a) y/o cuidador que brinda la atención, y de la persona que recibe el cuidado.

Por todo lo anterior, se recomienda a los profesionales de enfermería actualizarse continuamente a través de teorías que intentan explicar y definir los diversos fenómenos relacionados con la disciplina, ya que es la mejor forma de respaldar su preparación.

Palabras clave: bioética, cuidado, humanización.

Abstract

The method used for this research is descriptive, transversal, with correlation design. The population consisted of 29 users of ASSBASALUD E.S.E. Pilot Health Clinic and 20 nurses working in the Emergency Department in the period of September to October of 2014, by direct observation.

It was aimed to determine the relationship between the application of bioethical principles of care provided by the nurse, and the perception of patient treated, under the Symphonological Bioethics Theory of Gladys Husted and James Husted, and the theory of Swanson, where it is stated that care is given as a set of sequential processes.

Most nurses of Emergency and Observation Services have a favorable perception on the implementation of bioethical principles and nursing care: Autonomy 83.3%, Justice 55.3%, Charity 96.5% and Non-maleficence 96.4%.

¹ Magíster en Enfermería materno-infantil; Especialista en Administración en Salud; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente Universidad Católica de Manizales. maescobar@ucm.edu.co

The work leads to conclude that it is necessary to develop oriented reflection, action and upgrade programs on the knowledge and application of bioethical principles and nursing care strategies. Similarly, it is required to perform both qualitative and quantitative research on the different services, to ensure the quality and humanization of care focused on the bioethical principles of Autonomy, Justice, Beneficence and Non-maleficence. The administrative staff must constantly worry about the perception of nurse and / or caregiver providing the care, and the person receiving the care.

For all the above, it is advised to nurses the continuous updated through theories to explain and define the various phenomena related discipline, as it is the best way to support their preparation.

Key words: bioethics, care, humanization.

1. Introducción

La Enfermería, como profesión y disciplina, ha venido ganando espacios dentro de las discusiones académicas, buscando un posicionamiento y tratando de organizar sus campos conceptuales.

La complejidad es, sin duda alguna, una mediación importante para contextualizar el pensamiento enfermero de hoy, en el contexto de las nuevas realidades emergentes que aparecen como padre de las transformaciones de los tejidos sociales, de la economía, la política, la cultura y de todas las ciencias que estudian al hombre y a la sociedad.

Por su propia naturaleza, la Enfermería tiene que ver con la vida de los seres humanos, con la enfermedad y con la salud, entendiendo esto como pilares fundamentales para obtener una idea adecuada de la comprensión de los objetos de estudio y de sus propósitos profesionales. La idea primordial que anima al enfermero está fundamentada en la prolongación de la existencia, la disminución del dolor y la creación de ambientes físicos, psicológicos, emotivos, afectivos y médicos, que permitan a cada ser humano alcanzar altos niveles de calidad de vida, integrándose como una persona digna, que hace uso adecuado de su libertad y que es socialmente productiva. En este sentido, Kèrouac, Pepin y Ducharme (2007) dicen lo siguiente:

Finalmente, el entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. El aprendizaje de la persona se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la escuela, el hospital y el lugar de trabajo. La persona y el entorno están en interacción constante. (p. 16).

La reflexión anterior sugiere que el entorno para la enfermería, desde la complejidad, aparece como un contexto, siendo éste último un espacio mucho más amplio de interacción y solidaridad; de relación y de integración del uno con el otro y de éstos con la naturaleza y los ambientes vitales. Por esta razón, asumir la individualidad viviente, desde la perspectiva moriniana de su triada individuo-sociedad-especie, conduce a establecer que la salud, la enfermedad, el dolor, la alegría, la tristeza, la angustia, entre otras manifestaciones de la personalidad humana, son elementos constitutivos de ésta y que están incorporados en ella como un paisaje diversificado. De ahí la importancia que tiene para la enfermera, entender que el paciente es una unidad integral viviente, dialógica y que está comunicada con el mundo social, el del afecto, de las ideas y el de la cultura.

La ética de la enfermería se basa en la percepción de la moralidad, la práctica de la honestidad, la justicia, la solidaridad, las buenas prácticas y competencias. La ciencia de la enfermería regula los deberes de la profesión en el ámbito de sus tareas diarias. Los principios bioéticos son parte de la formación integral de las personas, que deben ser incorporados a la práctica diaria, con el fin de respetar los derechos de los usuarios a quienes se debe tratar con humanización y respeto, por lo cual se requiere una estimación de la eficiencia y eficacia de la práctica profesional de enfermería en el cuidado y aplicación de los conocimientos científicos y técnicos y, esencialmente, en la calidez, el acatamiento, la caridad y la empatía que se pone en el servicio al relacionarse con el enfermo y su familia. Se busca comprobar los postulados de Swanson, donde se indica que los cuidados son dados como un “conjunto de procesos secuenciales, para mantener las creencias, la

comprensión, los mensajes verbales y no verbales” (Rodríguez y Valenzuela, 2012, párr. 13) transmitidos al cliente al estar con él, posibilitando las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados, y aplicando los principios bioéticos para obtener el desenlace deseado por el usuario.

2. Metodología

2.1 Tipo de Estudio: No experimental de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional debido a que se basa en determinar la relación que existe entre ambas variables.

2.2 Población: dos grupos, el primero son los usuarios de la Clínica Piloto de ASSBASALUD E.S.E. y el segundo, los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de Urgencias y Observación de la Clínica Piloto.

2.3 Muestra: el tamaño de la muestra del grupo de profesionales está constituido por 20 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de Urgencias y Observación, y el segundo grupo está constituido por 29 personas que fueron observadas en los meses de septiembre y octubre y recibieron los cuidados de enfermería durante su estancia en la clínica.

1.4 Criterios de inclusión:

- Enfermeras(os) que cumplen funciones asistenciales y administrativas en el servicio de Urgencias y Observación.
- Personas observadas, mayores de 14 años de ambos sexos.
- Personas observadas que se expresen por si solas y se encuentren orientadas.

1.5 Criterios de exclusión:

- Personas observadas que no se encuentran orientadas.

2.6 Recolección de Información: a través de encuesta y entrevista; el instrumento utilizado para la recolección de datos fue obtenido de un trabajo de investigación titulado *Aplicación de principios bioéticos por la enfermera y la percepción del paciente atendido en el Hospital Hipólito Unanue Tacna-2012* (Vicente, 2013). Escala: percepción de la aplicación de los principios bioéticos por el paciente. Se recogió información mediante dos cuestionarios para medir las variables, los cuales fueron modificados de acuerdo con los objetivos planteados en la presente investigación, por lo cual fueron sometidos a una prueba piloto.

El primer cuestionario sirvió para medir la variable independiente Aplicación de principios bioéticos por la enfermera, el cual consta de 16 ítems: 7 que valoran la dimensión de Autonomía, de la pregunta 1 a la 7; 4 que evalúan la dimensión de Justicia, de la pregunta 8 a la 11; 3 que se encargan de la dimensión Beneficencia, de la pregunta 12 a la 14, y las preguntas 15 y 16 que valoran la dimensión de No maleficencia.

El segundo cuestionario sirvió para medir la variable dependiente Percepción del paciente sobre la aplicación de principios bioéticos de la enfermera, el cual consta de 21 ítems: 6 que evalúan la dimensión de Autonomía, de la pregunta 1 a la 6; 6 ítems que valoran la dimensión de Justicia, que van de la pregunta 7 a la 12, 4 preguntas, de la 13 a la 16, que valoran la dimensión Beneficencia, 5 ítems que dan cuenta de la dimensión de No maleficencia, desde la pregunta 17 hasta la 21.

2.7 Procedimientos de Recolección de Datos y Análisis de la Información:

Para la recolección de los datos se tuvo la aprobación y autorización de ASSBASALUD E.S.E. Con los estudiantes de III semestre de práctica de cuidado, previamente capacitados, se obtuvo la autorización con el consentimiento informado, para la aplicación del cuestionario que fue ejecutado por la investigadora. Se realizó el procesamiento de datos utilizando Excel.

3. Resultados

Tabla 1. Encuesta al paciente sobre su percepción ante el trato de Bioética del personal de salud que labora en la Clínica Piloto.

PREGUNTAS	SI	NO	Algunas veces	% Si	% No	% Algunas veces	
¿El personal de salud lo atiende de manera amable y respetuosa?	28		1	96,6		3,4	Autonomía
¿El personal de salud le explica en qué consisten los procedimientos a realizar?	23	3	3	79,3	10,3	10,3	
Cuando siente dolor, ¿la atención es rápida?	23	2	4	79,3	6,9	13,8	
¿Al ser atendido respetan su condición social, raza o estrato?	28		1	96,6		3,4	
¿El personal de enfermería deja que participe en la toma de decisiones que afectan su salud?	19	6	4	65,5	20,7	13,8	
Cuando le realizan algún procedimiento, ¿el personal de enfermería se identifica?	24	2	3	82,8	6,9	10,3	
¿El personal de enfermería le pide autorización para realizarle algún tipo de procedimiento?	26	2	1	89,7	6,9	3,4	
	171	15	17	84,2	7,4	8,4	
¿El personal de enfermería se cambia los guantes en cada procedimiento?	28	1		96,6	3,4		Justicia
¿Respetan sus creencias ideológicas para realizar ciertos procedimientos?	25	1	3	86,2	3,4	10,3	
¿El personal de enfermería se solidariza ayudándolo en todo lo que es posible?	25	1	3	86,2	3,4	10,3	
¿Le explican a usted y a su familia sobre el procedimiento y/o patología con palabras entendibles?	24	2	3	82,8	6,9	10,3	
	102	5	9	87,9	4,3	7,8	
¿Ha recibido daño intencional por parte del personal de la institución?	4	25		13,8	86,2		Beneficencia
¿El personal de enfermería maneja buenas relaciones con su familia y/o acompañante?	27	1		93,1	3,4		
¿El personal que lo está cuidando, lo monitorea constantemente y está pendiente de sus necesidades?	28		1	96,6		3,4	

	59	26	1	68,6	30,2	1,2
¿Al realizar algún procedimiento se preocupan por su intimidad?	28		1	96,6		3,4
¿Se siente conforme con los cuidados brindados por el personal de enfermería de la institución?	28		1	96,6		3,4
	56		2	96,6		3,4

No maleficencia

En la Tabla 1 se observa que el 84,2% de los pacientes manifiestan una percepción favorable sobre el principio de Autonomía y un 15,8% desfavorable; el 87,9% perciben favorablemente el principio de Justicia y el 12,1 % desfavorable; el 68,6% manifiestan una percepción favorable sobre el principio de Beneficencia y un 31,4% desfavorable sobre este principio; un 96,6% manifiestan una percepción favorable del principio de No maleficencia y un 3,4% desfavorable.

Tabla 2. Encuesta bajo el criterio del profesional de la salud

PREGUNTAS	SI	NO	Algunas veces	NUNCA	% SI	% NO	% Algunas veces	NUNCA
Quando un paciente le realiza una pregunta, ¿le contesta con términos sencillos para que pueda entender?	19	0	3		86,4		13,6	
¿Proporciona información veraz?	20	0	2		90,9		9,1	
¿Escucha al paciente con atención?	19	0	3		86,4		13,6	
¿Mantiene una actitud empática frente al paciente?	19	3	0		86,4	13,6		
¿Informa y solicita la colaboración al paciente en el momento en que le va a realizar cualquier procedimiento?	21	0	1		95,5		4,5	
¿Permite que el paciente, exprese sus preocupaciones, temores y pensamientos?	12	7	2	1	54,5	31,8	9,1	4,5
	110	10	11	1	83,3	7,6	8,3	0,8
¿Entrega y recibe el turno a la hora establecida?	9	5	8	0	40,9	22,7	36,4	
¿Pone al paciente como prioridad antes de realizar los trámites administrativos?	0	1	0	21	0,0	4,5		95,5

Autonomía

¿Valora y jerarquiza las necesidades de los pacientes para su satisfacción?	20	0	2	0	90,9		9,1		Justicia
Cuando un paciente manifiesta dolor intenso y le pide que lo atienda, ¿lo realiza de manera inmediata?	2	17	1	2	9,1	77,3	4,5	9,1	
¿Se identificó con su nombre al ingresar al servicio y tener el primer contacto con el paciente?	21	1	0	0	95,5	4,5			
¿Llama al paciente por su nombre?	21	0	1	0	95,5		4,5		
	73	24	12	23	55,3	18,2	9,1	17,4	
¿Realiza procedimientos libres de riesgo?	27	1	1		93,1	4,5	4,5		
¿Realiza diagnósticos de enfermería para brindar el cuidado al paciente?	28		1		96,6		4,5		Beneficencia
¿Las intervenciones de enfermería son oportunas y seguras?	28		1		96,6		4,5		
¿Fomenta una cultura de auto cuidado de la salud al paciente y sus familiares?	28		1		96,6		4,5		
	111	1	4		95,7	0,9	3,4		
19. ¿Respeto la integridad física y mental del paciente?	21	1	0	0	18,3	4,5			
20. ¿Guarda confidencialidad sobre la información de su paciente?	21	0	1	0	95,5		4,5		No Maleficencia
21. ¿Se preocupa por la comodidad del paciente?	21	0	1	0	95,5		4,5		
22. ¿Ofrece privacidad al paciente al realizarle algún procedimiento?	22	0	0	0	100,0				
23. ¿Escucha las necesidades, opiniones, quejas y sugerencias que le hacen sus pacientes?	21	0	1	0	95,5		4,5		
	106	1	3	0	96,4	0,9	2,7		

En la Tabla 2 se observa que el 83,3% de las enfermeras manifiestan una aplicación favorable sobre el principio de Autonomía; el 55,3% aplican positivamente el principio de Justicia; el 95,7% manifiestan una aplicación propicia sobre el principio de Beneficencia y un 96,4% hacen lo propio sobre el principio de No maleficencia.

4. Discusión

Los resultados del estudio de la encuesta al paciente sobre su percepción ante el trato de Bioética del personal de la salud que labora en la Clínica Piloto (Tabla 1) coinciden con el estudio realizado por Torres-Mora y Rivas-Espinoza (2010) en el cual se reportó como buena, 47, que equivale a un 98%; y regular, 1, que representa un 2%; y por los enfermos, buena 46 –que equivale al 96%, y regular 2, que representa el 4%. Concluyeron, según la percepción del paciente, que el personal de enfermería no lo lleva a cabo en su totalidad, y de acuerdo con el Código de Ética de Enfermería, no coinciden con la investigación de Quispe (2005), dando como conclusión que

La opinión de la mayoría de los pacientes sobre el cuidado de enfermería es de medianamente favorable a desfavorable, debido a que el paciente manifiesta que la enfermera no le explica el procedimiento que realiza y el tiempo de demora es notorio. Muestra despreocupación ante los efectos del tratamiento y desagrado por las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo de la enfermera, así como al uso de un lenguaje complicado al dirigirse a éste, al no llamarlo por su nombre, indiferencia ante el ambiente de la Unidad, así como los ruidos que impiden su descanso, la invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación. (p. 29).

En el trabajo de Quispe (2005), la opinión de los pacientes fue favorable sobre el cuidado brindado por enfermería, en la mayoría de los principios de bioética, sobre el 84%. Sólo el principio de Beneficencia estuvo bajo, con un 68,6%, lo que demuestra que se debe afrontar un desafío trascendental: humanizar la relación con los pacientes; esto implica más diálogo entre ambas partes, una exploración física más dedicada, inspirar confianza y demostrar calidad humana; esto es, interesarse por el paciente, por su entorno, procurando brindar una atención lo más personalizada posible.

En la Tabla 2, la encuesta bajo el criterio del profesional de la salud, los resultados concuerdan con el estudio realizado por Espinosa, Menoret, Puchulu, Selios, y Witriw (2009) en el cual se analizó, desde el punto de vista bioético, la situación actual de la relación equipo de salud – paciente, considerando los factores que influyen en la misma, y se encontró que el principio de No maleficencia se ha expandido más allá del daño físico, y que hoy abarca no dañar moral o psicológicamente al paciente, lo que implica respetar su libertad de pensamiento, sus creencias religiosas y su cultura.

El trabajo investigativo dio como resultado que las enfermeras aplicaban favorablemente los cuatro principios bioéticos en el cuidado del paciente, lo cual evidencia que esta atención se cimienta en los principios bioéticos que guían la profesión. Vicente (2013) pudo evidenciar en su estudio, que las enfermeras aplicaban la mayoría de los principios de bioética sobre el 80%, pero el de Justicia sólo en un 55.3%, lo que lleva a la siguiente conclusión:

Tanto profesionales como estudiantes del área de la salud deben adquirir conocimientos prácticos y filosóficos para poder respetar el derecho del paciente y aplicar todos los principios bioéticos en su cuidado, y así aplicar la teoría de Kristen Swanson que plantea los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. El mismo propone cinco procesos básicos. Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último, hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional.

Por eso, con la aplicación de los principios bioéticos, se puede aplicar la teoría de los cuidados respetando la integridad del paciente, lo mismo que la Teoría de Bioética Sinfonológica de Gladys Husted y James Husted, donde se habla sobre iniciativa. La teoría es entendida como la capacidad de la enfermera y el paciente de trabajar por un mismo objetivo, en este caso la recuperación del segundo. El contexto es la forma como todos los hechos están relacionados en un momento determinado, entrando en juego tres tipos de contexto: el contexto de la situación, que es aquél que incluye diferentes aspectos y nos permiten comprenderla y actuar acorde a la misma; el contexto del conocimiento, que se refiere al conocimiento que posee el individuo, y un

último contexto, el de la conciencia, que es aquél en el que interactúan los contextos anteriores. Todo esto es necesario para aprender a actuar en determinadas situaciones.

El entorno – acuerdo se conoce como un estado compartido de conciencia, en el que ambas partes apuntan a la construcción del mismo objetivo; éste se logra interactuando y compartiendo el conocimiento acerca de la situación. Este acuerdo se alcanza desde la comprensión por parte de la enfermera de las necesidades del paciente, para lograr un bienestar óptimo (Raile y Tomey, 2011). Si en todo el actuar de la enfermera se tiene en cuenta estas teorías y se aplica los principios de la bioética, se obtendría una atención basada en los principios éticos y legales que guían la profesión de enfermería.

Para los profesionales de enfermería la mejor forma de respaldar la labor es a través de teorías que intentan explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina. El rol encargado del cuidado que se atribuye a los expertos de enfermería puede y debe ser amparado por conocimientos teóricos que afirmen la calidad de los cuidados hacia el beneficiario, tomando las mejores disposiciones establecidas en teorías, de manera tal que sea respetado como profesional con conductas comprometidas con el cuidado frente a la humanidad.

5. Conclusiones

Es importante no dejar perder la ética, el respeto, la bondad que caracteriza a los profesionales en el ámbito de la salud, sin perder la parte humana en todo el mundo, siendo trascendental recordar que siempre se va a tener un contacto directo con los pacientes, y nada mejor que esa atención se caracterice por un cuidado basado en el respeto, la amabilidad y el humanismo con el otro.

Se debe respetar la integridad de la persona y tomar en cuenta los factores internos y externos que como tal aquejan al paciente, para intentar brindarle un apoyo más ético y compasivo en el momento de tratarlo.

Es significativo que los profesionales de la salud y de enfermería tengan claro que el pilar es el cuidar, y qué mejor para entender esto que las teorías; ellas enseñan la atención fomentando la interacción enfermera-paciente, para llegar a una meta que es el cuidado de la persona por sí misma.

Se debe afrontar un desafío trascendental: humanizar la relación con los pacientes, lo que implica más diálogo entre ambas partes, una exploración física más dedicada, inspirar confianza y demostrar calidad humana; esto es interesarse por el paciente, por su entorno, procurando brindar una atención lo más personalizada posible.

Referencias

- Espinosa, C., Menoret, V., Puchulu, M., Selios, M. y Witriw, A. (2009). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta* 27(128). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Kèrouac, S., Pepin, J. y Ducharme, F. (2007). *El pensamiento enfermero* (5ª ed.). Barcelona, España: Liberduplex.
- Marriner, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6ª ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Quispe, A. (2005). Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre el cuidado de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Mirage*. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1006>.
- Rodríguez, V. y Valenzuela, S. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global* 11(28).
- Torres-Mora, C. y Rivas-Espinoza, J. (2010). Percepción del paciente hospitalizado, sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 18(3), 60-64.
- Vicente, K. (2013). *Aplicación de principios bioéticos por la enfermera y la percepción del paciente atendido en el Hospital Hipólito Unanue Tacna-2012* (Tesis de Licenciatura). Biblioteca Digital Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú.

Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto en el periodo Marzo - Julio de 2014

Nathalia Andrea Jojoa Hurtado¹

Resumen

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECN) se han constituido en una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial debido a la incapacidad, complicaciones y altos costos que conllevan tanto para el paciente, como su familia y las instituciones de salud.

Dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la Diabetes Mellitus tipo 2, (DM2) denominada como crónica y de toda la vida, debido al impacto gigantesco que ha producido en la salud pública, que incluso le ha valido ser catalogada como epidemia, ya que sus cifras alcanzan los 150 millones de personas en todo el planeta tierra.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes con DM2 en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto en el periodo de Marzo a Julio de 2014, para lo cual se hizo características socio demográficas, y se identificó el nivel de funcionalidad, dependencia y estado cognitivo. Se utilizó el paradigma cuantitativo, con enfoque empírico analítico, de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 67 pacientes.

Entre los resultados se encontró predominio del género femenino, con edades entre los 60 y 75 años, con un grado de escolaridad de primaria completa, en su mayoría casados y dedicados al hogar. Se concluyó que existe baja disfunción en cuanto al nivel de funcionalidad y porcentaje mínimo de deterioro cognitivo. Con respecto a la calidad de vida, se obtuvo percepción positiva para las dimensiones física, social y espiritual y percepción negativa para la dimensión psicológica.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo II, calidad de vida, enfermedad crónica no transmisible, percepción positiva, percepción negativa.

Quality of life of patients with Diabetes Mellitus type II in a tertiary hospital in San Juan de Pasto during March – July 2014

Abstract

Currently, Chronic Non-communicable Diseases have become one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide because of disability, complications and high costs involved for both the patient and his/her family and health institutions.

Within this group of diseases is diabetes mellitus type 2, known as chronic and lifelong, due to the huge impact that has occurred in public health, classified as an epidemic, as its numbers reach 150 million people around the planet earth.

This study aimed to determine the quality of life of patients with diabetes mellitus type II in a tertiary hospital in the city of Pasto in the period from March to July 2014. Sociodemographic characteristics were made, and the level of functionality, dependence and cognitive status were identified. The quantitative paradigm was used, empirical approach, analytical, descriptive. The sample consisted of 67 patients.

¹ Estudiante Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: natis2614@hotmail.com

The results showed predominance of the female gender, aged between 60 and 75 years, with a degree of complete primary schooling, mostly married and dedicated to the home. It was concluded that there is a low dysfunction in the level of functionality and minimal percentage of cognitive impairment. Regarding quality of life, positive perception for the physical, social and spiritual dimensions and negative perception of the psychological dimension were obtained.

Key words: Diabetes Mellitus type II, quality of life, Chronic Non-communicable Diseases, positive perception, and negative perception.

1. Introducción

Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles (ECN) se han constituido en una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, debido a la incapacidad, complicaciones y altos costos que conllevan tanto para el paciente como para su familia y las instituciones de salud, además de provocar deterioro parcial o total de la calidad de vida de la persona en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual.

Dentro de este grupo de enfermedades se encuentra una muy importante debido al impacto gigantesco que ha producido en la salud pública e incluso se la ha catalogado como epidemia en muchos países, tanto desarrollados como en vía de desarrollo, ya que sus cifras alcanzan los 150 millones de personas en todo el planeta tierra: la DM2, denominada como crónica y de toda la vida, la cual ocasiona cambios inesperados y molestos tanto para el paciente como para su entorno.

En Colombia se ha encontrado un incremento en cuanto a la prevalencia de la DM2, principalmente en la zona urbana, debido a los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y la obesidad, considerados como factores altamente incidentes en la aparición de la enfermedad. Por dicha problemática se creó el programa para disminuir la carga de la enfermedad crónica en Colombia, conformada por distintas universidades a nivel nacional, entre las cuales forma parte el nodo Universidad Mariana, del cual se deriva la presente investigación, que pretende determinar la calidad de vida de los pacientes con DM2 en una institución de tercer nivel de la ciudad de Pasto en el periodo de Marzo a Julio de 2014 con el fin de elaborar una cartilla educativa.

Para lograr lo planteado se caracterizó a la persona con enfermedad crónica, se valoró su funcionalidad y dependencia, su función mental y la calidad de vida. Para ello se enfocó el estudio en la línea de investigación Cuidado de enfermería, área problemática Satisfacción de necesidades, paradigma cuantitativo, enfoque empírico analítico y tipo descriptivo. La población estuvo determinada por los pacientes con DM2 en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto; se utilizó como técnica la encuesta para identificar las características sociodemográficas a través del instrumento GCPC-UN-P⁶, cuestionario de la funcionalidad y dependencia, prueba minimental e instrumento de calidad de vida del paciente, Versión 4.10 de febrero de 2014, *Quality of life* versión (QQL).

La información que se recolectó fue tabulada y procesada en el programa informático Excel, el cual permitió el diseño de cuadros de distribución porcentual y gráficas estadísticas para posteriormente realizar la interpretación de los resultados fundamentados en una exhaustiva revisión bibliográfica de investigaciones similares que respaldarán la validez de la presente investigación. El análisis de los resultados también tuvo soporte en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson (1966), la cual permitió argumentar cada una de las necesidades que deben estar satisfechas en el paciente diabético.

El trabajo investigativo consta de cuatro capítulos: en el primero se hace referencia al resumen de la propuesta en la cual se presenta una visión general de la problemática, seguida por la formulación, justificación, objetivos, y fundamentos teóricos de apoyo, al igual que la metodología que permitió enfocar el estudio. En el segundo capítulo se presenta los resultados, los cuales permitieron desarrollar cada uno de los objetivos propuestos. Así mismo se plantea la propuesta educativa con el fin de educar al paciente en cuanto al cuidado que debe tener sobre su enfermedad, para preservar su calidad de vida y evitar graves complicaciones. En el tercer capítulo se presenta las conclusiones de la investigación y en el cuarto y último, las recomendaciones para futuras investigaciones.

2. Metodología

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se utilizó el paradigma de investigación cuantitativo, el cual se fundamenta en la construcción y medición de dimensiones, indicadores e índices de variables; además su estructura metodológica busca medir los conceptos enunciados en las variables que sustentan las teorías que orientan el proceso de investigación; por tal razón los datos deben ser representativos, válidos o confiables (Tamayo y Tamayo, 2003).

Se utilizó igualmente un enfoque empírico analítico, porque en él sobresalen como criterios de validez, el uso de datos provenientes de la experiencia; es decir, datos observables, y porque en él se destaca los procedimientos establecidos en las variables (Jiménez y Torres, 2006). El tipo de investigación utilizado fue el descriptivo, el cual comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos (Tamayo y Tamayo, 2003).

La población estuvo conformada por 80 pacientes con DM2 en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Pasto en el periodo de marzo a julio de 2014. La muestra, según fórmula estadística, fue de 67 pacientes con DM2; el tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia.

Para la recolección de datos se empleó la encuesta, que consiste, según García (1992) en “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población”. Se hizo uso de instrumentos como:

2.1 Instrumento para la caracterización de la persona con enfermedad crónica, GCPC-UN—P1 versión 6 de marzo de 2014. Este instrumento fue propuesto por el Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. En su versión original cuenta con 15 ítems; tiene como propósito la identificación del perfil sociodemográfico del paciente; en éste se describe la percepción de carga y apoyo y medios de información y comunicación.

Dentro de este instrumento se encuentra el perfil PULSES, el cual es una escala de valoración funcional creada y empleada por Moskowitz en 1957; se refiere a seis funciones:

P = estabilidad de la patología o condición física.

U = utilización de miembros superiores.

L = locomoción o función de los miembros inferiores.

S = función sensorial.

E = eliminación o control de esfínteres.

S = capacidad de socializar.

En el instrumento se encuentra la Prueba Test SPMSQ-Minimental: es un test de detección de deterioro cognitivo que, mediante preguntas concretas, valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.

Para que las respuestas sean consideradas correctas, deben ser contestadas por el sujeto, sin mirar un calendario, periódico u otro que le facilite la respuesta. Su interpretación se basa en el número de respuestas erróneas que tenga el participante, de la siguiente manera:

Intacta: 0 - 2 errores.

Alteración intelectual mínima: 3 - 4 errores.

Alteración intelectual moderada: 5 - 7 errores.

Alteración intelectual severa: 8 - 10 errores.

La ficha puede ser autodiligenciada, siempre y cuando el paciente esté en condiciones mentales óptimas para hacerlo.

2.2 Instrumento calidad de vida paciente, versión 4. 10 de febrero de 2014 *quality of life* versión, en el cual se evalúa la calidad de vida de pacientes desde las dimensiones: física con 8 ítems, psicológica 18, social 8 y espiritual 7, para un total de 41 ítems con puntajes desde 1 que es el nivel bajo, hasta 5 nivel superior.

3. Resultados

La DM2 es una enfermedad crónica, de toda la vida, de gran cuidado personal y de alto costo, que provoca gran impacto tanto para la persona que la padece como para la salud pública. Además, desencadena gran cantidad de complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente y afectan el entorno. En vista del planteamiento anterior surgió la investigación en la cual se determinó la calidad de vida del paciente con DM2, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas, nivel de funcionalidad y dependencia, función mental, y calidad de vida en las dimensiones: física, psicológica, social y espiritual, obteniendo de esta manera los siguientes resultados:

Con relación a las características sociodemográficas de los pacientes, se encontró predominio del género femenino con el 61%, con edades entre los 60 y los 75 años. En el nivel máximo de escolaridad se evidenció que el 30% de la población completó la primaria y tan sólo el 3% cursaron estudios universitarios sin finalizarlos.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 54% están casados y el 9% solteros; con respecto a la ocupación, los resultados evidenciaron que del total de la población, el 45% están dedicados al hogar y el 33% sin empleo, o ya están pensionados. La mayoría de las personas encuestadas (88%) pertenecen al área urbana y el 42% al estrato dos; un gran porcentaje (99) profesa la religión católica con un nivel alto de compromiso.

Se encontró además que al 66% del total de la población le diagnosticaron la enfermedad hace más de 37 meses y un 39% presenta enfermedad cardiovascular. Con respecto al cuidado que requieren en su mayoría es por menos de 6 horas y sólo necesitan de un único cuidador debido a la condición estable de salud que manejan.

En cuanto al nivel de bienestar físico, se halló que el 33% del total de la muestra tiene un nivel máximo, mientras que el 8% refirió tener un nivel bajo de bienestar físico. Este resultado se debe a que la mayoría de los pacientes encuestados goza de buena salud física debido al cumplimiento en el tratamiento farmacológico, lo cual permite mantener un equilibrio metabólico. Además, los hábitos saludables como cambios en la dieta y la adaptación al ejercicio han permitido mantener estable la enfermedad, evitando el deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

Con respecto a lo relacionado con el nivel de bienestar psicológico-emocional de los pacientes con DM2, se encontró que el 36% del total de personas encuestadas tiene un nivel máximo y el 13% un nivel mínimo. De esta manera, con los anteriores resultados se deduce que la mayoría de los pacientes se encuentran en un nivel máximo de bienestar psicológico-emocional, ya que han sabido comprender que la diabetes, aunque es una enfermedad crónica, puede ser controlada evitando así secuelas a nivel físico, psicológico y emocional.

Se encontró en el nivel de bienestar social, un 45% con nivel máximo y tan sólo el 5% un nivel bajo. Los anteriores resultados se reflejan en la realización de actividades cotidianas como: ir a trabajar, salir de paseo, asistir a misa, a eventos sociales o recreativos, los cuales no se han visto afectados por la enfermedad en la mayoría de las personas con DM2 que formaron parte de la presente investigación.

Con el nivel de bienestar espiritual se evidenció que el 70% de los pacientes con DM2 tienen un nivel máximo y tan sólo el 3% posee un nivel mínimo de bienestar espiritual. Este resultado se refleja en el gran compromiso religioso que tienen los pacientes, ya que dejan su vida y sus problemas en las manos de Dios, manifestando en muchas ocasiones la frase "Que sea lo que Dios quiera". Por lo tanto, el bienestar espiritual se relaciona con las creencias que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y transcendencia para la vida.

En lo concerniente a la calidad de vida relacionada con la dimensión física, se encontró que el 60% del total de la muestra presenta una percepción positiva, debido al buen manejo y control de la enfermedad mediante

la asistencia a los controles médicos, cumplimiento del tratamiento farmacológico, cambios en la dieta al incorporar estilos de vida saludables, como: alimentación balanceada, ejercicio físico y evitando el consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas. De esta manera se evidencia que la mayoría de los pacientes encuestados mantienen una buena salud física, lo cual permite evitar graves complicaciones y el deterioro de la calidad de vida.

Con respecto a la dimensión psicológica, se halló que un alto porcentaje (63%), correspondiente a 42 personas, presentan percepción negativa en cuanto a la dimensión psicológica de su calidad de vida, debido a los cambios incómodos y molestos que la enfermedad ha traído para ellos; por ejemplo: aumento o disminución de peso, consumo de medicamentos o inyección de insulina, debilidad muscular, la cual impide en algunas ocasiones realizar actividades de la vida diaria o laborales. Estas modificaciones han provocado en los pacientes diabéticos sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad, desesperación, lo cual impide conservar una buena salud mental, convirtiendo al paciente en una persona susceptible al disminuir su estado de ánimo y llevándolo a adquirir problemas a nivel personal al perder el interés por su cuidado personal y familiar, al descuidar las labores del hogar o al no ofrecer la suficiente atención y cariño que requieren sus seres queridos.

En cuanto a la dimensión social, los resultados arrojaron que el 90% tiene una percepción positiva; esto se evidencia en el hecho de que las personas participantes en la investigación son en su mayoría funcionales e independientes, por tanto mantienen relaciones sociales asistiendo a eventos culturales, recreativos, religiosos. Además cuentan con ingresos económicos debido a su trabajo o pensión, lo cual es un factor que contribuye para la realización de paseos con sus familiares y amigos, todo en pro de su salud tanto física como mental, a través de la relajación y la diversión.

Finalmente, con respecto a la dimensión espiritual se encontró que el 93% tiene una percepción positiva, ya que participan en actividades religiosas como hacer oración, ir a la iglesia o al templo, lo cual les brinda tranquilidad y esperanza en cuanto al manejo de su enfermedad al refugiarse en un ser superior todopoderoso.

4. Discusión

Las ECN, consideradas como de larga y lenta evolución, representan una verdadera epidemia ya que van en aumento debido al envejecimiento de la población y los estilos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos recursos (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, s.f.).

“En Colombia las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de morbilidad, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes” (Alcaldía de Medellín, 2011, p. 61). Es importante mencionar que dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la diabetes.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), para enero de 2011 se determinó que el predominio de diabetes en adultos presentó un aumento notable tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Por tal motivo, actualmente la OMS considera la diabetes como una “epidemia”, la cual representa una pesada carga para todas las sociedades en el mundo entero. De esta manera, junto con la Federación Internacional de Diabetes (IDF) estima que en este momento el número de pacientes diabéticos en el mundo se sitúa entre 194 y 246 millones, y aumentará hasta entre 333 y 380 millones de individuos en 2025.

En cuanto al perfil epidemiológico de esta enfermedad, se puede mencionar que América Latina ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas: así como se ha resuelto viejos problemas de salud pública, han surgido nuevos y resurgido otros más viejos. En los próximos 10 años se prevé que las muertes por ECN aumenten en un 17%, y lo más alarmante es que las muertes debido a la diabetes aumentarán en más de un 80%. El número estimado de casos de diabetes en América Latina fue de 13.3 millones en el año 2000, una cifra que se supone crezca a 32.9 millones para el año 2030 (más del doble de casos) como consecuencia del envejecimiento de la población y de la urbanización (Sanofi, s.f.).

Investigaciones previas apuntan a que la DM2 es un factor que afecta negativamente a la percepción de la calidad de vida en los pacientes. “La necesidad de insulinoterapia o la disminución en la esperanza de vida debido a las complicaciones que acarrea esta patología pueden incurrir negativamente en la percepción de una buena calidad de vida” (Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain y Díez, 2007, p. 45).

Por este motivo surgió la idea de investigar en cuanto a la calidad de vida en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de los pacientes con DM2 en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto, ya que es evidente que por ser una enfermedad crónica, produce diferentes cambios en su mayoría negativos para la persona que la padece lo que ocasiona un declive en cada uno de los roles que cumple como ser humano.

De esta manera, en lo referente a las características sociodemográficas, con relación al género, se encontró que el 61% del total de los pacientes encuestados con DM2 son mujeres y el 39% hombres, para un total de 67 personas, similar a los resultados de un estudio realizado por Alayón, Altamar-López, Banquez-Buelvas y Barrios-López (2009) en la Universidad de San Buenaventura en Cartagena de Indias, quienes encontraron que el 61% del total de la muestra correspondiente a 499 personas pertenecía al género femenino y el 39% eran personas del género masculino.

Con los resultados mencionados, se analiza que el mayor porcentaje de personas con DM2 pertenece al género femenino, debido a que este género aumenta a medida que la población envejece, representando de esta manera el 63% de la población adulta mayor. Además, otros factores como el sedentarismo, la herencia, el sobrepeso y una alimentación inadecuada contribuyen a que este género sea más propenso para adquirir esta enfermedad.

En cuanto a la edad de los pacientes con DM2 se encontró que el 51% del total de la muestra tienen entre 60 y 75 años y tan sólo el 5% oscilan entre los 18 y 35 años de edad. Respecto a estos resultados se evidenció en un estudio realizado por Pérez (2010), que la prevalencia de la DM2 aumenta ostensiblemente con la edad, por lo que es una enfermedad frecuente en los ancianos. A los 75 años, el 20% de la población la padece y el 44% de los diabéticos tiene más de 65 años.

Con lo anterior se puede inferir que la edad avanzada predispone a padecer esta enfermedad, pues en la tercera edad cambia totalmente el sistema fisiopatológico; la disminución de la actividad física es una característica de la misma, hay aumento del tejido adiposo, disminución de la secreción de la insulina y aumento de la resistencia a esta hormona.

Con relación a los apoyos con que cuentan los pacientes con DM2, se encontró que el 46% cuenta con apoyo familiar y económico, mientras que el 3% no. El hecho de contar con ese apoyo por parte de sus hijos o su pareja, es de gran importancia ya que permite mantener un equilibrio entre la parte física y emocional del paciente que le posibilitan gozar de una buena alimentación y del adecuado tratamiento farmacológico. Además, hace posible que el paciente adquiera buenos hábitos y por ende mantenga su calidad de vida.

De la misma forma, en un estudio realizado en México por Zavala-Rodríguez, Ríos-Guerra, García-Madrid y Rodríguez-Hernández (2009), se encontró que “la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los miembros adultos, lo que contribuye al bienestar emocional de los mismos” (p. 269), y permite inferir que “a mayor funcionalidad familiar, menor grado de ansiedad en los pacientes adultos estudiados” (p. 269). Por lo tanto, representando la familia un rol tan importante en la calidad de vida del paciente crónico, es conveniente que el personal de salud genere actividades que involucren a todos los miembros que viven con el paciente crónico, para mejorar tanto su salud física como psicológica.

Con relación al uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), se evidenció que el 60% tiene una frecuencia media respecto a la televisión y el 18% frecuencia baja de uso. El 48% manifestó tener frecuencia media de uso de la radio y el 15% frecuencia baja. El 79% de los 67 pacientes encuestados refirieron tener una frecuencia de uso baja del computador, el 45% frecuencia media de uso del teléfono y el 70% frecuencia baja de uso de la internet. Los resultados del presente estudio pueden ser comparados con los encontrados por Curioso, Gozzer, Valderrama, Rodríguez-Abad, Villena, J. y Villena, A. (2009):

La mayoría de las personas entrevistadas nunca usó computadoras (89,5%), correo electrónico (90%), internet (92%), o el *chat* (91,5%). [...] En cuanto al uso de las TIC en salud, la mayoría de participantes (91,5%) nunca ha realizado búsquedas de información de salud en internet. El 49% de los pacientes del grupo estudiado, realiza o recibe llamadas por celular, al menos una vez a la semana. Sin embargo, al indagar por el uso de mensajes de texto, la mayoría de las personas entrevistadas (84,5%) nunca ha enviado este tipo de mensajería. De manera similar, el 67% de los participantes nunca ha recibido mensajes de texto por celular (pp. 163-164).

Con esto se deduce que la mayoría de los pacientes no hace uso de las TIC en salud, debido a falta de conocimiento, dificultad de acceso o recursos económicos insuficientes para adquirirlos. Esta situación genera desventajas en los pacientes con DM2, ya que no gozan de la gran utilidad que estas herramientas tecnológicas traerían para llevar un buen cuidado y control de la enfermedad mediante programas educativos, charlas sobre alimentación saludable, páginas en línea sobre actividad física, control de glicemia a través de mensajes o en páginas de salud en internet.

Con respecto a la dimensión física de calidad de vida, se encontró que el 60% de los pacientes presentan una percepción positiva debido al buen manejo y control de la enfermedad mediante la asistencia a los controles médicos, cumplimiento del tratamiento farmacológico, cambios en la dieta al incorporar estilos de vida saludables, como: alimentación balanceada, ejercicio físico, bajo o nulo consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas, lo cual se ve reflejado en una buena salud física y les permite evitar graves complicaciones y deterioro de su calidad de vida.

Por otra parte, los resultados evidenciaron que el 40% de los pacientes tiene una percepción negativa de su salud física, ya que en muchos casos han sentido dolor en alguna de sus extremidades, se han sentido cansados o agotados, han presentado cambios en el sueño o náuseas; síntomas muchas veces propios de la enfermedad. Otros expresaron que han sido molestos los cambios en el apetito, como ansiedad o disminución del mismo, o incluso limitación en cuanto al consumo de ciertas comidas apetecidas y degustadas antes de adquirir la enfermedad, lo cual ha provocado un cierto deterioro en su salud física y ha afectado otra dimensión también importante de la calidad de vida: la psicológica, debido a la desesperación, impotencia o tristeza que presentan al observar cómo su vida ha ido cambiando desde el momento de la presencia de la enfermedad.

Una situación similar se describe en un estudio realizado en Guadalajara, México, por Colunga, García y Salazar en el 2005, y reforzado por Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres en el 2007 (citados por Casanova, Trasancos, Orraca, Prats y Gómez, 2011), en donde al analizar la calidad de vida general de los pacientes estudiados, se encontró que ésta fue de 16.22, destacando que “el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica, la capacidad física y el estado de ánimo positivo fueron los factores que sufrieron las afectaciones más importantes” (párr. 33). Además, al tener como valoración integral un 2.38 de la capacidad física, se deduce que

...el estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida, pero también un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, el simple conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud (Casanova et al., 2011, párr. 40).

En el presente estudio investigativo, la dimensión psicológica representó un alto porcentaje (63%), evidenciando una percepción negativa en cuanto a su calidad de vida, debido a los cambios incómodos y molestos que la enfermedad ha traído para ellos, por ejemplo: aumento o disminución de peso, consumo de medicamentos o inyección de insulina, debilidad muscular que les impide -en algunas ocasiones- realizar actividades de la vida diaria o laborales, y les han generado sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad, desesperación que les dificulta conservar una buena salud mental, convirtiéndolos en personas susceptibles al disminuir su estado de ánimo y a adquirir en consecuencia, problemas a nivel personal al perder el interés por su cuidado personal y familiar al descuidar las labores del hogar o al no ofrecer la suficiente atención y cariño que requieren sus seres queridos.

No obstante, se destaca que el 37% de los 67 pacientes encuestados tiene una percepción positiva, ya que han asumido de la mejor manera la adaptación a la enfermedad y a los cambios que ha provocado la misma

en su entorno. Incluso, han contado con el apoyo de sus familiares y amigos, quienes han estado presentes en los momentos de angustia, desesperación y tristeza ocasionados por el hecho de tener una ECN para el resto de la vida.

En un estudio llevado a cabo por Vicente, Zerquera, Peraza, Castañeda, Irizar y Bravo (2008) se encontró resultados similares al valorar la calidad de vida general de los pacientes diabéticos: su capacidad física, el estado de ánimo positivo, la función social y el bienestar social no sufrieron afectaciones importantes; lo contrario ocurrió con el estado de ánimo negativo, si bien éste no llega a valorarse de malo, pues estos pacientes fueron sometidos a un ingreso diurno en el centro de atención y educación al diabético, donde además de la valoración clínica y terapéutica se realiza actividades educativas encaminadas a mejorar la percepción individual de la calidad de vida.

Con lo anterior se puede evidenciar que las personas que padecen de DM2 presentan afectación en su esfera psicológica, debido a los momentos de ansiedad, desesperación y tristeza que en algún momento han experimentado. Además, el hecho de adaptarse a “una nueva vida”, con nuevos hábitos, por ejemplo: restricción de alimentos con gran cantidad de calorías, disminución de azúcar en las bebidas, implementación de ejercicio físico, implementación de tratamiento farmacológico de por vida, son razones suficientes para que las personas diabéticas se depriman con facilidad, lo cual puede ocasionar el desinterés total o parcial de su autocuidado y por ende facilidad para adquirir complicaciones propias de la enfermedad.

En lo que concierne a la dimensión social, los resultados evidenciaron que el 90% tiene una percepción positiva, ya que las personas participantes en la investigación son en su mayoría funcionales e independientes; por tanto mantienen relaciones sociales asistiendo a eventos culturales, recreativos, religiosos. Además cuentan con ingresos económicos debido a su trabajo o pensión, lo cual es un factor contribuyente para la realización de paseos con sus familiares y amigos, todo esto en pro de su salud tanto física como mental a través de la relajación y la diversión. Se encontró también que un pequeño porcentaje, representado con el 10%, tiene una percepción negativa en la esfera social ya que dadas las complicaciones que ha provocado la enfermedad, han limitado su interacción con el entorno y cambiado las actividades sociales que realizaban años atrás.

Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y González (2009) y Vera (2007), citados por Casanova et al., (2011) lograron demostrar en su estudio, que las variables más importantes para la calidad de vida de las personas son

...las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica, la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez, que a su vez impacta la calidad de vida.

Con lo anterior se deduce que el mantener buenas relaciones sociales y familiares le permite a la persona con ECN, tener una situación de salud controlada mediante el apoyo de sus seres queridos y la realización de actividades adicionales de recreación y disfrute que lleven a una plena relajación, mejorando así su calidad de vida y la de su entorno.

Si bien el 93% de los pacientes diabéticos encuestados tiene una percepción positiva de la dimensión espiritual de su calidad de vida, porque pueden participar en actividades religiosas, hacer oración, ir a la iglesia o al templo, y esto les brinda tranquilidad y esperanza en cuanto al manejo de su enfermedad, un 7%, por el contrario, tiene una percepción negativa, ya que su condición de salud les impide asistir a eventos religiosos, o incluso por la incapacidad y deterioro que presentan, han perdido la esperanza en cuanto al manejo de la enfermedad, situación que ha interferido en el mantenimiento de su calidad de vida.

En otro estudio, realizado en México por Zavala, Vázquez y Whetsell (2006), se pretendía identificar los niveles de bienestar espiritual que manifestaban los pacientes con DM2, encontrando un alto nivel, con los siguientes resultados: 40,7% en hombres y 47,1% en mujeres. Es pertinente señalar que a través de la interacción, los pacientes expresaron que su fe les daba la fuerza para sobrellevar su estado de salud, hasta que Dios así lo permitiera.

Con lo anterior se deduce que el bienestar espiritual contribuye de manera significativa a que las personas con DM2, y en general con cualquier tipo de ECN tengan la fortaleza suficiente para afrontar las reacciones emocionales consecuentes de la incapacidad física y social derivadas de la misma. La fe en un ser superior les permite apreciar el sentido de sus vidas, logrando adaptarse a estilos de vida saludables en pro de mantener un equilibrio y un adecuado manejo de la enfermedad.

5. Conclusiones

Los pacientes con DM2 de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Pasto presentan las siguientes características sociodemográficas: predominio del género femenino con edades entre los 60 y 75 años, grado de escolaridad básico representado con primaria completa, procedentes en su mayoría del departamento de Nariño y del área urbana; en cuanto al estado civil, un alto porcentaje se encuentran casados, son en su mayoría amas de casa, de estrato socioeconómico bajo, y profesan la religión católica.

En lo concerniente al cuidador, en su mayoría son sus hijos o esposos y el tiempo de cuidado al día que necesitan es de menos de 6 horas, dado que los consideran personas independientes, con un alto grado de funcionalidad, por lo cual no son una carga para sus familias.

Respecto a los niveles de bienestar, en su mayoría los pacientes presentan un nivel catalogado como máximo en las dimensiones: física, psicológica-emocional, social y espiritual. También se encontró que gran parte de los pacientes encuestados no hacen uso de las TIC debido al difícil acceso y falta de conocimiento.

El nivel de funcionalidad y dependencia de los pacientes con DM2 se clasificó en su mayoría como de baja disfunción, debido al buen control que han tenido de su enfermedad a través del cumplimiento del tratamiento farmacológico y la realización de estilos de vida saludable, razones por las cuales no han adquirido graves complicaciones que deteriorarían su calidad de vida.

La función mental de los pacientes diabéticos se encuentra intacta en un alto porcentaje, y solamente en algunos de ellos se presentó alteración intelectual mínima debido al deterioro cognitivo que padecen los adultos mayores, los cuales representaron el mayor número en la presente investigación.

Referente a la calidad de vida, los resultados permitieron conocer que los pacientes con DM2 tienen una percepción positiva en cuanto a la dimensión física, social y espiritual. Sin embargo, en la dimensión psicológica se dio una percepción negativa debido a los momentos de depresión, tristeza y ansiedad que alguna vez han presentado por el hecho de tener una enfermedad crónica para toda la vida y que además puede desencadenar graves complicaciones.

Referencias

- Alayón, A., Altamar-López, D., Banquez-Buelvas, C. y Barrios-López, K. (2009). Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. *Revista Salud Pública*, 11(6), 857, 864.
- Alcaldía de Medellín. (2011). Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT y Discapacidad. *Revista Salud Pública de Medellín*, 5(2).
- Casanova, M., Trasancos, M., Orraca, O., Prats, O. y Gómez, D. (2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(2), 145-156.
- Curioso, W., Gozzer, E., Valderrama, M., Rodríguez-Abad, J., Villena, J. y Villena, A. (2009). Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 161-167.
- García, M. (1992). *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. Perú: Editorial MacMillan.

- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O. y Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 45-52.
- Jiménez, A. y Torres, A. (2006). *La práctica investigativa en ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: Universidad Pedagógica Nacional.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (s.f.). Dirección de la promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles. Argentina. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/alimentacion-saludable>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Diabetes. Nota descriptiva 312. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Pérez, V. (2010). El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 26(2).
- Sanofi. (s.f.). Diabetes Mellitus: Situación actual. Recuperado de www.sanofi.com.pa/l/pa/sp/download.jsp?file=A703AD11-4627...
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica* (4ª. ed.). Bogotá: Editorial Limusa S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores.
- Vicente, B., Zerquera, G., Peraza, D., Castañeda, E. Irizar, J. y Bravo, T. (2008). Calidad de vida en el paciente diabético. *Revista Electrónica Medisur*, 6(3), 22-28.
- Zavala, M., Vázquez, O. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6(1), 8-21.
- Zavala-Rodríguez, M., Ríos-Guerra, M., García-Madrid, G. y Rodríguez-Hernández, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270.

Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistentes a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014

Yuli Alejandra Córdoba Jiménez¹

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistentes a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño en el periodo marzo - julio de 2014. Se basó en el paradigma cuantitativo, enfoque empírico- analítico y tipo descriptivo; la muestra estuvo conformada por 117 pacientes.

Los resultados evidenciaron predominio en el género masculino con edades entre 36 y 59 años. La calidad de vida de estos pacientes en las dimensiones física, psicológica y social tiene percepciones negativas debido a los cambios en los estilos de vida, los efectos derivados del tratamiento, el cansancio, agotamiento, la depresión y las limitaciones para las actividades personales, sociales y laborales, mientras que en la dimensión espiritual tienen percepciones positivas. Se concluye que la calidad de vida tiene deterioro en la dimensión física, psicológica y social.

Palabras clave: Enfermedad renal, hemodiálisis, calidad de vida.

Quality of life in patients with chronic kidney disease in hemodialysis substitution treatment in a renal unit in Nariño during March and July of 2014

Abstract

This study aimed to determine the quality of life of patients with chronic kidney disease in hemodialysis substitution treatment in a renal unit in Nariño during March and July of 2014, based on quantitative paradigm, empirical-analytical approach; descriptive. The sample consisted of 117 patients.

The results showed male dominance between the age of 36 and 59. The quality of life of these patients in the physical, psychological and social dimensions have negative perceptions due to changes in lifestyles, the effects of treatment, fatigue, exhaustion, depression and limitations for personal, social and labor activities, whereas in the spiritual dimension have positive perceptions. We conclude that quality of life is impaired in physical, psychological and social dimension.

Key words: Renal disease, hemodialysis, quality of life.

1. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECN) son un grupo de eventos que se caracteriza por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacitante y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo.

En la actualidad, el aumento en la prevalencia de ECN y degenerativas en todo el mundo, es debido principalmente a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, sin dejar de lado las enfermedades neurológicas o reumáticas, que además de alterar significativamente la calidad de vida, son la causa de alrededor del 60% de las muertes, de las cuales el 80%

¹ Correo electrónico: yulialejandra311@hotmail.com

ocurre en países de bajos y medianos ingresos. “Se ha proyectado que 41 millones de personas morirán de enfermedades crónicas en el mundo en 2015, si no se realiza acciones efectivas para su prevención y tratamiento” (Mathers, Stein, Fat y Rao, 2009, citados por Caballero y Alonso, 2010).

La enfermedad renal es una de las ECN, que se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal; se asocia a varios factores de riesgo, principalmente hipertensión y diabetes. El impacto de vivirla o padecerla y estar en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, genera para los pacientes un difícil proceso de afrontamiento y adaptación a un nuevo estilo de vida, en especial para aquéllos de edad avanzada, puesto que deben experimentar varios cambios en sus diferentes dimensiones. A nivel físico se ven afectados por el dolor, los cambios de apetito, sueño, náuseas, mareos, limitaciones motoras y afectaciones en la función sexual; a nivel psicológico se enfrentan con el estrés del tratamiento, sentimientos de depresión, ansiedad, angustia y percepciones negativas de su vida; a nivel social sus relaciones personales, familiares y laborales se ven interferidas dado que en muchas ocasiones los pacientes optan por aislarse por sentimientos de vergüenza o miedo al rechazo; a nivel espiritual buscan refugio y consuelo en un ser superior que fortalezca su proceso de lucha para vivir con la enfermedad. Estas modificaciones afectan de manera significativa sus actividades cotidianas, y en ocasiones pasan a ser dependientes de sus cuidadores para suplir varias de sus necesidades básicas, lo que poco a poco provoca un importante deterioro en su calidad de vida.

La valoración de la calidad de vida de los pacientes hemodializados ha sido un importante indicador en la planificación de cuidados desde varias disciplinas, en especial desde la profesión de enfermería, permitiendo brindar una atención más integral, basada en el cuidado humanizado. Desde el Programa, para la disminución de la carga de la ECN en Colombia, el objetivo fue identificar la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, asistentes a una unidad renal al sur occidente del departamento de Nariño en el periodo de marzo a julio de 2014, con el fin de elaborar una cartilla educativa que pueda orientar a los pacientes sobre los cuidados que pueden mejorar su calidad de vida. Para alcanzar el objetivo general se caracterizó socio demográficamente a los pacientes en hemodiálisis, se valoró su capacidad funcional mediante el perfil Pulses y el estado cognitivo a través de la prueba minimental. La valoración de la calidad de vida se realizó a través del instrumento “Calidad de vida paciente”, en el cual se valora dimensión física, psicológica, social y espiritual.

En Colombia, y en la mayoría de los países del mundo, hay en la actualidad aproximadamente 20.000 personas en terapia de remplazo renal, lo que equivale a una prevalencia aproximadamente de 450 pacientes por millón de habitantes con una incidencia alrededor de 5%, población que podría duplicarse durante los próximos 10 años y alcanzar una prevalencia superior a 800 pacientes por millón de habitantes (Gamarra, 2013, pp. 116-117).

En relación con la calidad de vida, un estudio realizado en España concluyó que el paciente en tratamiento con hemodiálisis presenta una:

Disminución importante en todas las dimensiones del test de salud, [...] en afectación del estado físico (dimensiones de función y rol físico), [...] y en dimensiones no muy valoradas por algunos profesionales de la salud como el rol emocional, (grado en el que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias) (Seguí, Amador y Ramos, 2010, p. 155).

De igual forma, otro estudio realizado en España encontró que la calidad de vida estaba por debajo de los niveles normales:

La depresión, la desesperanza, el grado de preocupación son predictores que afectan negativamente la calidad de vida y por el contrario, se observa acciones positivas significativas para [...] la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha (Perales-Montilla, García-León y Reyes-del Paso, 2012, p. 628).

2. Metodología

La presente investigación se basó en el paradigma cuantitativo, tipo descriptivo, con enfoque empírico-analítico, porque se identificó la calidad de vida en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis desde

sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual. La muestra estuvo conformada por 117 pacientes en tratamiento de hemodiálisis asistentes a una unidad renal del municipio de Pasto.

El paradigma de investigación cuantitativo es aquél por medio del cual se recolecta información empírica de cosas o aspectos que se puede contar, pesar o medir de manera objetiva, y que por su naturaleza permite un abordaje estadístico. El enfoque que se utilizó fue empírico-analítico, el cual se basa en la observación de fenómenos y el análisis estadístico, cuyo principio es la demostración bajo hipótesis de modelos cuantitativos; se fundamenta porque identificó la calidad de vida en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis desde sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual.

El tipo de investigación fue descriptivo porque busca especificar, de manera sistemática, las propiedades y características de un fenómeno o realidad objeto de estudio, el cual fue, en la presente investigación, la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, que asisten a una unidad renal en el suroccidente del departamento de Nariño. La población estuvo conformada por 168 pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis asistentes a una unidad renal del municipio de Pasto en el periodo de marzo a julio del 2014. La muestra, según fórmula estadística, fue de 117 pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis; el tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia.

Las técnicas de recolección de la información fueron: encuesta, que es, como sostiene Visauta (1989) una técnica para recoger de manera sistemática y ordenada información sobre las variables que intervienen en una investigación y esto sobre una población o muestra determinada. Se utilizó instrumentos como:

- **Instrumento para la caracterización de la persona con enfermedad crónica.** GCPC-UN—P1 versión 6 de marzo de 2014, que tiene como propósito: 1. Identificar las condiciones del paciente y el perfil socio demográfico. 2. Percibir la carga y el apoyo que su enfermedad conlleva. 3. Conocer qué medios de información y comunicación utiliza el paciente. 4. Realizar la caracterización del cuidador. La ficha tiene un total de 22 ítems.

- **Perfil Pulses, escala de valoración funcional que mide seis funciones:**

P = estabilidad de la patología o condición física,

U = utilización de miembros superiores,

L = locomoción o función de los miembros inferiores,

S = función sensorial,

E = eliminación o control de esfínteres,

S = capacidad de socializar.

- **Prueba Test Spmsq-Minimental:** test de detección de deterioro cognitivo que, mediante preguntas concretas, valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y capacidad de cálculo. Su interpretación se basa en el número de respuestas erróneas que tenga el participante, dado de la siguiente manera:

- Intacta: 0 - 2 errores.
- Alteración intelectual mínima: 3 - 4 errores.
- Alteración intelectual moderada: 5 - 7 errores.
- Alteración intelectual severa: 8 - 10 errores.

- **Instrumento calidad de vida paciente versión 4. 10 de febrero de 2014, en el cual se evalúa la calidad de vida de los pacientes desde las diferentes dimensiones:**

- **Física:** 8 ítems; valora el cansancio, agotamiento, los cambios de sueño, apetito, molestias como náuseas, estreñimiento, el funcionamiento sexual y la salud física en general.
- **Psicológica:** 18 ítems; valora el manejo de la rutina diaria, la percepción de calidad de vida actual, el nivel de control de los diferentes aspectos en la vida, la capacidad de concentrarse y recordar cosas, los cambios en la apariencia física, el nivel de ansiedad, desesperación y depresión.
- **Social:** 8 ítems; valora el apoyo percibido por familiares, amigo u otros, el impacto de la enfermedad en las relaciones personales y el funcionamiento sexual.
- **Espiritual:** 7 ítems; valora la importancia de participar de actividades religiosas, la condición espiritual actual, y la esperanza y expectativa en el tratamiento.

3. Resultados

Las personas que padecen ERC y se someten a un tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, ven afectada su calidad de vida desde todas sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual, debido a los diversos cambios en sus estilos de vida, derivados de la patología. De acuerdo con ello, se planteó la presente investigación, en la cual se pudo conocer las características sociodemográficas de los pacientes hemodializados, su capacidad funcional, su estado mental y la afectación de su calidad de vida en las diferentes dimensiones, con el fin de crear una cartilla educativa que oriente sus cuidados.

3.1 Caracterización sociodemográfica

En relación con las características sociodemográficas de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, se encontró que son personas con predominancia del género masculino con un 55%, mientras que el género femenino representó el 45%, con edades entre 36 y 59 años.

En el nivel máximo de escolaridad se evidencia que la mayoría de la población, 46%, tiene primaria incompleta, y sólo el 2% un nivel técnico; en el estado civil, el 43% son casados y el 2% separados; en cuanto a la ocupación, se encontró que la mayoría, 74%, se dedica al hogar, y un mínimo porcentaje, 1%, son estudiantes; son procedentes tanto del área rural como urbana; el 89% son de estrato uno, en tanto el 11% son de estrato 2; el 85% profesa la religión católica y en menor proporción, con un 15%, otras religiones como la cristiana, evangélica y Testigos de Jehová, con un nivel de compromiso alto.

Respecto a la enfermedad, se encontró que gran parte de la población estudiada tiene un diagnóstico que lleva más de 37 meses y se acompaña de enfermedad cardiovascular en un 43%. En cuanto al cuidador, generalmente único, con edades entre 18 y 35 años, quienes dedican de 7 a 12 horas al día para su cuidado, asumido por los hijos con un 39% y esposos con un 33%.

La totalidad de la muestra estudiada cuenta con apoyos como: psicológico, ya sea por parte de la Unidad renal o particular; familiar, principalmente por esposo(a) e hijos; religioso, haciendo parte de grupos de oración o por asistencia a la iglesia o al templo; económico, proveniente de subsidios de la EPS, ayuda por parte de familiares y/o pensión, y social por parte de amigos, vecinos o personas cercanas. En relación con el nivel de satisfacción de los apoyos con los que cuenta el paciente, a nivel de apoyo psicológico se encontró que en mayor proporción, con un porcentaje del 44%, tienen un nivel moderado de satisfacción y en menor proporción, con el 8%, un nivel de satisfacción regular. El manejo del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis debe ser de manera integral; el apoyo psicológico es una herramienta que le permite al paciente expresar sus emociones, sentimientos, dudas y miedos, con el fin de que se le brinde orientación para el proceso de adaptación y afrontamiento de la patología, minimizando niveles de ansiedad y depresión, factores que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente.

En cuanto al apoyo familiar, se encontró que el 44% del total de la muestra tiene un nivel máximo de satisfacción de apoyo familiar, mientras que el 4% tiene una percepción de apoyo regular. Esto permite deducir que una gran proporción de los pacientes percibe un nivel máximo de apoyo familiar, generando percepciones positivas en sus bienestar psicológico y social.

Con respecto al apoyo religioso se encontró que en mayor proporción, 38%, perciben un nivel moderado de satisfacción y homogéneamente con el 21%, los niveles mínimo, regular y máximo. Se deduce que la percepción de apoyo religioso es un aspecto importante dentro de la calidad de vida y es un recurso de afrontamiento que genera expectativas positivas frente al tratamiento. El participar de actividades como grupos de oración, asistir a misa o cultos hace que el paciente tenga una distracción y no se centre totalmente en la enfermedad, lo cual aumenta la esperanza de sobrevivencia y la percepción de calidad de vida.

Referente al nivel de satisfacción de apoyo económico, se encontró que el 40% del total de la muestra tiene un nivel mínimo; es decir, que no cuentan con un salario mensual fijo; tan sólo con los subsidios en transportes y refrigerio provenientes de la EPS, contrario al 13% que percibe un nivel máximo, quienes cuentan con ingresos económicos fijos, ya sea por parte de familiares y/o pensión. El apoyo económico es fundamental para sobrellevar la ERC debido a que su tratamiento genera elevados costos económicos que provocan una percepción negativa de calidad de vida, puesto que algunos pacientes han tenido que abandonar su trabajo y sólo cuentan con recursos mínimos, y en ocasiones muchas de las necesidades básicas se ven interferidas, exponiéndose a factores de riesgos que provocan un deterioro significativo en su situación de salud.

Por otra parte, en relación con el apoyo social, se encontró que el 37% del total de la muestra tiene un nivel de apoyo mínimo, es decir que en pocas ocasiones cuentan con personas con quienes hablar, expresar sus emociones y/o pedir un consejo, contrario al 10% que perciben un nivel de apoyo máximo. Se puede deducir que la mayoría de las personas no cuentan con un nivel de apoyo social óptimo; en ocasiones la patología interfiere en las relaciones sociales debido a la incapacidad de realizar algunas actividades de ocio y a los diferentes estados de ánimos por los que atraviesa el paciente; en algunos momentos hay preferencia por aislarse de los grupos sociales por temor al rechazo, sentimientos de vergüenza y baja autoestima, aspectos negativos que afectan la calidad de vida, elevando los sentimientos de ansiedad, estrés y depresión. En el nivel de percepción de carga se encontró que el 44% percibe un nivel alto; el 21% un nivel muy alto; el 19% un nivel bajo y el 17% un nivel medio.

Se deduce que la mayoría de las personas percibe una carga alta para sus familiares, y debido a las limitaciones que trae consigo la enfermedad, tienen ciertos grados de dependencia, en especial los de edad avanzada, por consiguiente necesitan ayuda para la realización de algunas actividades de la vida diaria. El cuidado de una persona con una ECN demanda un esfuerzo físico y emocional, e interfiere en la vida cotidiana del cuidador, generando una carga que es percibida por el paciente; de ahí la importancia de intervenciones orientadas no sólo al paciente sino también a los cuidadores, puesto que la sobrecarga puede tener efectos negativos en la calidad de vida.

En relación con el nivel de percepción de bienestar físico, se encontró que el 39% tiene un nivel moderado; de igual forma, otro 39% tiene una percepción regular, y el 1% manifiesta un nivel mínimo. Se puede deducir que el bienestar físico depende de muchos factores como la edad, el sexo y la estabilidad de la patología; los pacientes adultos jóvenes no sienten un deterioro físico de gran magnitud, contrario a los pacientes de edad avanzada. Si bien es cierto que el envejecimiento trae consigo cambios anatomofuncionales, cuando se acompaña de alguna patología crónica, afecta significativamente la actividad física, aunque el género masculino se adapta de mejor manera a esos cambios físicos, y los efectos adversos son más acentuados en el género femenino. La estabilidad de la patología afecta en cierta medida el bienestar físico; los pacientes que tienen complicaciones poseen más limitaciones en sus actividades diarias, son dependientes de sus cuidadores y por tanto tienen un nivel bajo de calidad de vida.

Referente al nivel de bienestar psicológico, se encontró que la mayoría del total de la muestra, 42%, percibe un nivel regular, y en menor proporción, 2%, un nivel mínimo. La ansiedad, la depresión y la incertidumbre

son factores que modifican la calidad de vida en la dimensión psicológica; las personas que enfrentan el tratamiento de hemodiálisis requieren de una atención psicológica que fortalezca su proceso de adaptación y afrontamiento, con el fin de disminuir pensamientos negativos, dudas y temores que conllevan a episodios depresivos.

En cuanto al nivel de bienestar social, se encontró que un 40% percibe un nivel regular y, en menor proporción, 3%, un nivel mínimo. El ser humano es un ser social, necesita interrelacionarse con amigos, familiares y demás personas; los pacientes sometidos a hemodiálisis dedican la mayoría de su tiempo al cuidado de su enfermedad, descuidando su rol social; por consiguiente las relaciones sociales se ven interferidas, haciendo que el paciente opte por reservar su situación de salud, y decida alejarse provocando un desequilibrio en el bienestar social.

En relación con el nivel de bienestar espiritual, un 39% tiene un nivel regular, y en menor proporción, 2%, un nivel mínimo. Se evidencia que la mayoría de los pacientes tiene una percepción positiva de su bienestar espiritual, lo que es un aspecto positivo en el nivel de calidad de vida.

En el nivel de conocimientos en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se encontró un nivel alto; es decir, personas que se informan u observan programas de salud, a través de la televisión con un 48% puesto que se les facilita su uso y manejo, mientras que un 81% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento bajo en internet; es decir, no han obtenido información acerca de su enfermedad y tratamiento por este medio debido a que no saben manejar un computador; sólo el 17% tiene un nivel de conocimiento alto en esta tecnología. Se puede deducir que la televisión y la radio son tecnologías predominantes en el conocimiento de las personas estudiadas; al menos en cada una de las familias existe un televisor o una grabadora. El nivel de conocimiento bajo en tecnologías como el computador, internet o teléfono puede deberse a condiciones como el bajo nivel académico y/o a la condición socioeconómica; las personas con un nivel de conocimiento alto en las TIC pueden orientarse con la búsqueda de información más clara y precisa del diagnóstico y de cuidados que puedan contribuir a una mejor adaptación a los cambios que deben enfrentar, con el fin de mantener un nivel óptimo de calidad de vida.

De igual forma, en relación con la posibilidad de acceso a las TIC, se encontró que en un nivel de posibilidad de acceso alto se encuentra la televisión con un 48%, seguido de la radio con un 37% mientras que en un nivel de acceso bajo se encuentra el internet con un 81%, seguido del computador y teléfono homogéneamente con el 78%. La posibilidad de acceso a las diferentes TIC depende de factores como el nivel académico y socioeconómico que tengan los grupos poblacionales; una de las tecnologías de difícil acceso para la mayoría de las personas es el internet puesto que es limitado en algunas regiones debido a la baja cobertura de señal y/o a que no pueden adquirir un computador. Así mismo, en la frecuencia de uso en las TIC se encontró que en un nivel de frecuencia de uso alto se encuentra la televisión con un 40%, seguido de la radio con un 30%, mientras que en un nivel de uso bajo se encuentra el teléfono con un 85%, seguido del internet con un 84% y computador con el 79%. Se puede deducir que las tecnologías menos usadas son el internet, el computador y el teléfono, dado su acceso limitado o la imposibilidad de adquirir un computador o un teléfono.

En el apoyo del cuidado en las TIC se encontró que en mayor proporción, con un 74% del total de la muestra, no apoyan su cuidado, lo que quiere decir que la mayoría de las personas no hace uso de ellas para orientar su cuidado; esto puede deberse a factores como la falta de conocimiento o la imposibilidad de acceso a estas tecnologías; de igual forma se encontró que el 74% no percibe ningún apoyo por parte de las TIC; quizá por desconocimiento y limitación a su acceso, no han tenido la oportunidad de usarlas como herramienta de apoyo.

3.2 Valoración de la capacidad funcional

Respecto a la valoración de la capacidad funcional, se encontró que el 66% del total de la muestra está en el rango 6 a 8 puntos, lo que indica baja disfunción; el 21% presentó de 9-11 puntos, es decir mediana disfunción; y el 14% está en el rango de 12 a 24, lo que significa dependencia total. Los pacientes sometidos a hemodiálisis tienen algún grado de dependencia, ya sea por medio de equipos que reemplazan alguna

función sensorial como: gafas, audífonos o elementos para movilidad como bastones, silla de ruedas, o necesitan ayuda humana para la realización de actividades de la vida diaria, lo que afecta en algún grado su capacidad funcional y los lleva a desarrollar dependencia.

3.3 Valoración del estado cognitivo

Referente a la valoración minimal, se encontró que el 66% del total de la muestra se encuentra en el rango de 0-2, es decir en un nivel de función mental intacta; el 26% se ubicó en el rango de 3-4, indicando alteración intelectual mínima; el 6% presentó 5-7 puntos, lo que indica alteración intelectual moderada y el 2% en un rango de 8-10 lo que significa alteración intelectual severa. Se deduce que la mayoría de las personas tiene un nivel de función mental intacta el cual facilita brindar educación en cuidados que mejoren la calidad de vida, mientras que las personas que tienen alteración intelectual severa pasan a ser dependientes de sus cuidadores, y la pérdida de autonomía afecta significativamente la calidad de vida.

3.4 Calidad de vida

3.4.1 En la dimensión física

En relación con la calidad de vida en la dimensión física se encontró que el 91% del total de la muestra tiene una percepción negativa y sólo el 9% una percepción positiva; la salud física de los pacientes hemodializados es la más deteriorada debido al difícil proceso de adaptación y a las modificaciones en los estilos de vida. A lo largo del tiempo las personas experimentan limitaciones en sus actividades diarias, lo que suele llevar a una dependencia que genera un carente autoconcepto y una percepción negativa de su calidad de vida.

3.4.2 En la dimensión psicológica

Respecto a la calidad de vida en la dimensión psicológica, el 73% tiene una percepción negativa y el 27% una percepción positiva; se puede deducir que la mayoría de las personas estudiadas tiene un desequilibrio en su bienestar psicológico debido a que la rutina diaria con la enfermedad trae consigo sentimientos de tristeza, decepción y desesperanza, que terminan afectando varios aspectos en su calidad de vida. Estar en un tratamiento de hemodiálisis significa para los pacientes, depender de una máquina; por consiguiente, se da una pérdida de la autonomía y cambios en su aspecto físico que debilitan su autoestima, lo que desencadena episodios frecuentes de estrés y depresión, y perspectivas negativas frente al tratamiento, que va a deteriorar su calidad de vida.

3.4.3 En la dimensión social

En cuanto a la calidad de vida en la dimensión social, se encontró que el 62% del total de la muestra tiene una percepción negativa y el 38% una percepción positiva. La dimensión social tiene en cuenta el apoyo percibido por la familia, los amigos y otros, la interferencia de la enfermedad y el tratamiento en las actividades cotidianas y quehaceres del hogar, al igual que el impacto sobre la función sexual. La mayoría de las personas percibe que el mayor apoyo es por parte de familiares, mientras que el de amigos u otros es mínimo. La enfermedad les causa limitantes para la realización de algunas de las actividades de la vida diaria, puesto que en primer lugar deben disponer de aproximadamente cuatro horas diarias, tres días a la semana, para la realización del tratamiento, y en segundo lugar, los efectos derivados del tratamiento como el cansancio, el agotamiento, obligan a abandonar sus actividades laborales. En relación con la sexualidad, muchos de ellos se ven afectados por la baja autoestima, el bajo deseo sexual dado por el estrés y la depresión, lo que conlleva a dificultades en la relación de pareja, elementos todos que afectan significativamente el bienestar y la calidad de vida.

3.4.4 En la dimensión espiritual

Referente a la calidad de vida, se encontró que el 76% del total de la muestra tiene una percepción positiva, y el 24%, una percepción negativa. La espiritualidad es un aspecto positivo para las personas que enfrentan

una ECN pues es una herramienta que ayuda al afrontamiento y adaptación, generando mayores expectativas frente al tratamiento.

4. Discusión

En relación con las características sociodemográficas, se encontró predominio del género masculino con un 55%, mientras que el género femenino representa el 45%. Seguí et al. (2010) encontraron que los hombres -con un 53.1%- presentan un mayor deterioro que las mujeres, con un 46.9%. Éstos enfrentan un proceso de adaptación mucho más complejo que aquéllas, puesto que la enfermedad renal afecta significativamente la sexualidad debido a los cambios hormonales, el cansancio, la fatiga, y algunos cambios físicos no deseados como el uso de catéter o el acceso vascular, necesarios para el tratamiento, que genera en ellos sentimientos de incomodidad, baja autoestima y depresión, disminuyendo de manera importante el nivel de calidad de vida.

El rango de edad de 36 a 59 años, con un 48%, representó el mayor porcentaje. De igual forma, un estudio realizado en Chile encontró que la edad promedio fue 58,82 años; se deduce que las personas mayores de 60 años tienen niveles más bajos de calidad de vida que los mayores de esta edad, en especial en el componente físico (Guerra-Guerrero, Sanhueza-Alvarado y Cáceres-Espina, 2012). La edad es un aspecto muy importante en el momento de afrontar la enfermedad y tratamiento; los pacientes jóvenes, cuando enfrentan este tipo de situaciones, pueden adaptarse con mayor facilidad a los cambios en sus diferentes roles, conservando su independencia mientras que los pacientes de edad avanzada presentan niveles altos de dependencia y mayor deterioro, en especial en la actividad física consecuente a los efectos del tratamiento, lo que repercute en su calidad de vida afectando actividades de la vida diaria y haciendo necesarios mayores cuidados.

Se evidencia que la mayoría de la población, con un 46% en el nivel máximo de escolaridad, tiene primaria incompleta, como también lo manifestaron Guerra-Guerrero et al. (2012) encontrando que el 45% de la muestra estudiada tenía estudios básicos incompletos. El nivel de estudios es importante en el momento de planificar los cuidados. Cuando los pacientes afrontan la enfermedad y el tratamiento, se encuentran con nuevos conceptos de la misma patología, una gama de medicamentos, procedimientos, cambios en la dieta y estilos de vida; al tener un nivel bajo de estudios, se va a generar en ellos infinidad de dudas e inquietudes, y en consecuencia, mayores temores.

En cuanto a la ocupación, el 74% se dedica al hogar; un mínimo porcentaje -1%- son estudiantes, en comparación con Guerra-Guerrero et al. (2012) quienes encontraron que el 60,4% son jubilados, el 34,4% están incapacitados para trabajar y un 5,2% que están activos. Lo anterior indica que la enfermedad y el tratamiento afectan significativamente las labores ocupacionales de los pacientes debido a que el tratamiento de hemodiálisis interfiere con muchas actividades y ocupa la mayor parte de su tiempo. El malestar general derivado del mismo hace que los pacientes abandonen el trabajo, el estudio o las labores diarias.

La religión que predomina es la católica, con 85%. De manera similar, el estudio de Ottaviani, Nestor, De Camargo, Zazzetta, lost, y De Souza (2012) en Brasil corrobora que existe predominancia de la religión católica con un 68,5%, lo que permite concluir que la esperanza y la espiritualidad de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis evaluados en el presente estudio, presentan correlación positiva, de moderada magnitud.

En relación con el cuidador, se encontró que el 96% del total de la muestra si cuenta con uno, como único cuidador, con edades entre los 18 y los 35 años, rol asumido generalmente por los hijos o esposos. Similares resultados evidenció un estudio realizado en Colombia: la mayoría de personas son cuidadores únicos; es decir, no hay participación de otras personas en la atención del enfermo, por lo que hay una dedicación permanente en las acciones de cuidado, son personas mayores de 40 años, y son, en su mayoría, familiares de los enfermos (82%), siendo los vínculos más frecuentes, los de esposas, hijas o nietas de los pacientes crónicos (Pinzón-Rocha, Aponte-Garzón y Galvis-López, 2012).

Referente al nivel de conocimientos en las TIC, se encontró un nivel alto, es decir personas que se informan u observan programas de salud a través de la televisión con un 48%, puesto que se les facilita su uso y manejo,

mientras que un 81% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento bajo en internet; es decir, no han obtenido información acerca de su enfermedad y tratamiento por este medio debido a que no saben manejar un computador; sólo el 17% tiene un nivel alto en esta tecnología. De manera similar, Barrera-Ortiz, Carrillo-González, Chaparro-Díaz, Afanador y Sánchez-Herrera (2012) pudieron evidenciar en su estudio que el nivel de conocimiento de las personas con ECN puede apreciarse como óptimo en el 14.9%, mientras que el 85.1% tiene conocimiento medio o bajo; con el 61.6% en nivel bajo; se deduce que en todos los grupos etáreos de personas con ECN prima el bajo conocimiento y el bajo nivel de acceso a las TIC, excepto por el grupo de adultos jóvenes de 18 a 35 años que divide en porcentajes cercanos el conocimiento y el acceso, alto, medio y bajo.

En el nivel de posibilidad de acceso a las TIC se encontró la televisión en un nivel alto con un 48%, seguido de la radio con un 37%, mientras que en un nivel de acceso bajo se encuentra el internet, con un 81%, seguido del computador y teléfono con el 78%. La posibilidad de acceso a las diferentes TIC depende de factores como el nivel académico y socioeconómico que tengan los grupos poblacionales; una de las tecnologías de difícil acceso para la mayoría de las personas es el internet, dada su limitación en algunas regiones, la baja cobertura de señal y/o a que no pueden adquirir un computador.

La valoración del nivel de capacidad funcional encontró que el 66% del total de la muestra está en el rango de 6 a 8 puntos, lo que indica baja disfunción; el 21% presentó de 9 a 11 puntos, es decir mediana disfunción, y el 14% está en el rango de 12 a 24, lo que significa dependencia total, contrario a un estudio realizado en Cataluña (España), encontrando que el 82% de los pacientes estaban en grado 2 de dependencia y el 74,5% en grado 1 de dependencia. “Todos los pacientes en grado 2 necesitaban ayuda para las actividades de la vida diaria relacionadas con comer, vestirse, higiene personal, salir a la calle y realizar labores domésticas” (Andreu-Periz, Puig-Llobet y Cases-Amenós, 2012, p. 616).

En la valoración del estado cognitivo se encontró que el 66% del total de la muestra se encuentra en el rango de 0-2, es decir en un nivel de función mental intacta, y sólo el 2% está en un rango de 8-10, lo que significa alteración intelectual severa, diferenciándose de un estudio realizado en España en el que se halló que el 28% de los pacientes presentan demencia, afectando considerablemente al sexo femenino (Gil, Perera y Sevane, 2010).

La valoración de la calidad de vida de los pacientes hemodializados ha sido un importante indicador en la planificación de cuidados desde varias disciplinas, en especial desde la profesión de enfermería, permitiendo brindar una atención más integral, basada en el cuidado humanizado.

En relación con los resultados encontrados, se puede deducir que la calidad de vida en la dimensión física es la que más se encuentra afectada; el 91% del total de la muestra tiene una percepción negativa y sólo el 9% evidencia una percepción positiva. La valoración de esta dimensión tomó en cuenta el cansancio, agotamiento, los cambios de apetito, de sueño, la presencia de dolor, molestias como el estreñimiento, náuseas y el funcionamiento sexual. Es evidente que la mayoría de las personas se ven afectadas en varios de los ítems debido a los efectos provocados por el tratamiento, entre ellos la edad, como factor estrechamente relacionado, puesto que las personas de edad avanzada, además del proceso normal de envejecimiento que disminuye en cierto nivel su vitalidad y funcionamiento físico, tienen la sobrecarga de la enfermedad que en algunos casos se acompaña de ciertas discapacidades sensoriales, lo que provoca un mayor deterioro en su calidad de vida, contrario a los adultos jóvenes que tienden a poseer un mayor grado de vitalidad para soportar los cambios en sus estilos de vida.

Perales-Montilla et al, (2012) también concluyeron que existe una disminución importante en la calidad de vida en todas las dimensiones, siendo las más afectadas, la salud general, la función social y la salud física, lo que implica que el paciente en diálisis hace una mala valoración de su salud actual y de las perspectivas de mejora en el futuro, corroborando que la dimensión física tiene un deterioro significativo dentro de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

En relación con la calidad de vida en la dimensión psicológica, se encontró que el 73% del total de la muestra tiene una percepción negativa en aspectos como el manejo de la rutina diaria, el grado de felicidad que siente, los cambios en la apariencia, en la forma de verse y el nivel de ansiedad y depresión que presenta; el 27% tiene una percepción positiva. Perales et al, (2012) coinciden en que la depresión es el principal predictor de la calidad de vida relacionada con la salud, asociándose negativamente y explican porcentajes de varianza de alrededor del 50% para función física, rol físico, vitalidad, función social y salud Mental. Según los resultados, la depresión produce una interferencia muy significativa en las actividades diarias, lo que quiere decir que la dimensión psicológica se relaciona directamente con las dimensiones física, social y espiritual, de tal manera que la depresión, los sentimientos negativos, la angustia, la incertidumbre, generan un desequilibrio significativo y disminuyen el nivel de calidad de vida.

La dimensión social también obtuvo percepciones negativas; se descubrió que el 62% del total de la muestra tiene una percepción negativa, es decir que la enfermedad ha afectado negativamente sus relaciones personales, su sexualidad, y ha interferido en sus labores diarias; el 38% evidencia una percepción positiva. En muchas de las ocasiones a causa de la enfermedad y el tratamiento, han tenido que abandonar sus actividades laborales, personales y familiares debido a las limitaciones físicas y al tiempo que tienen que disponer para la realización del tratamiento, factores éstos que generan que el rol social se afecte y prefieran aislarse de grupos de amigos y actividades de ocio; las relaciones de pareja también se ven afectadas debido al cambio en su apariencia física; el portar un catéter o una fistula arteriovenosa resulta incómodo y disminuye la autoestima, ocasiona cambios de humor, y los efectos adversos provocan dificultades en la función sexual, desencadenando sentimientos de frustración.

En cuanto a la dimensión espiritual, fue la única que tuvo percepciones positivas; se halló que el 76% del total de la muestra tiene una percepción positiva; para ellos es importante participar de actividades religiosas como hacer oración o ir a la iglesia, y tienen expectativa en el manejo de su condición actual; el 24% tiene una percepción negativa, lo que refleja que la parte espiritual es una parte fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Reig-Ferrer et al., 2012, llevaron a cabo otro estudio en España y refieren que el bienestar espiritual se relaciona significativamente con diversas variables de calidad de vida, percepción de salud, felicidad personal o religiosidad, lo cual les permite concluir que “la espiritualidad parece desempeñar un papel importante en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida percibidos por el paciente en hemodiálisis” (p. 731). En este sentido se puede deducir que las creencias religiosas fortalecen el proceso de adaptación al tratamiento y generan expectativas positivas frente al mismo. El grado de bienestar espiritual de los pacientes estudiados en la presente investigación obtuvo percepciones positivas, fundamentales en el proceso de afrontamiento y aceptación de la enfermedad; los pacientes buscan formas de consuelo y refugio que fortalezcan su esperanza y aumenten sus expectativas en el tratamiento.

5. Conclusiones

Las características sociodemográficas de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis fueron personas con predominancia del género masculino con edades entre 36 y 59 años, con un nivel de escolaridad en su gran mayoría de primaria incompleta, de estado civil casados, dedicados principalmente al hogar, de estrato socioeconómico bajo, procedentes tanto del área rural como de la urbana, quienes profesan la religión católica con un nivel alto de compromiso. Gran parte de la población estudiada ha sido diagnóstica de la enfermedad por más de 37 meses y a más, tienen enfermedad cardiovascular, son atendidas por un único cuidador, de entre 18 y 35 años, que dedica de 7 a 12 horas al día para su cuidado, y es generalmente el esposo(a). Cuentan con apoyo psicológico, social y religioso con un nivel bueno de satisfacción; apoyo económico y social con un nivel mínimo de satisfacción; tienen la percepción de ser una carga alta, un nivel regular de bienestar físico, psicológico, social, y un nivel alto de bienestar espiritual. En cuanto al conocimiento, posibilidad de acceso y frecuencia de uso de las TIC, predominan la televisión y la radio, pero no apoyan el cuidado y no perciben apoyo por parte de las TIC.

El nivel de capacidad funcional de las personas que padecen ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis fue de baja disfunción y en una pequeña parte de la muestra estudiada hay dependencia total, lo que indica que la mayoría de los pacientes no ha tenido afectaciones en su nivel funcional.

El estado mental de la mayoría de personas que padecen ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis fue intacto; en mínima proporción hay alteración intelectual severa, que se relaciona principalmente con edades avanzadas.

La calidad de vida de personas que padecen ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en las dimensiones física, psicológica y social, tiene percepciones negativas mientras que en la dimensión espiritual tiene percepciones positivas.

Referencias

- Andreu-Periz, L., Puig-Llobet, M. y Cases-Amenós, A. (2012). Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. *Nefrología*, 32(5), 613-621.
- Barrera-Ortiz, L., Carrillo-González, G., Chaparro-Díaz, L., Afanador, N. y Sánchez-Herrera, B. (2011). Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Salud Pública*, 13(3), 446-457.
- Caballero, C. y Alonso, L. (2010). Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26(2).
- Gamarra, G. (2013). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Médica Colombiana*, 38(3), 116-117.
- Guerra-Guerrero, V., Sanhueza-Alvarado, O. & Cáceres-Espina, M. (2012). Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 20(5), 838-846.
- Gil, D., Perera, M. y Sevane, L. (2010). Estado cognitivo del paciente de edad avanzada en programa de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(1), 30-35.
- Ottaviani, A., Nestor, E., De Camargo, N., Zazzetta, M., Iost, S. y De Souza, F. (2012). Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(2), 248-254.
- Perales-Montilla, C., García-León, A. y Reyes-del Paso, G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(5), 622-630.
- Pinzón-Rocha, M., Aponte-Garzón, L. y Galvis-López, C. (2012). Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida. *Orinoquía*, 16(2), 107-117.
- Reig-Ferrer, A., Arenas, M., Ferrer-Cascales, R., Fernández-Pascual, M., Albaladejo-Blázquez, N., Gil, M. y De la Fuente, V. (2012). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 32(6), 731-742.
- Seguí, A., Amador, P. y Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social (T.I.): Recogida de Datos*. Barcelona, España: Editorial PPU Promociones y Publicaciones Universitarias.

Carga del cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad renal crónica, sometidos a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto en el periodo marzo - julio de 2014

María Alejandra Guacas Guerra¹

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar cuál es la carga del cuidado de cuidadores de personas con enfermedad renal crónica sometidos a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto en el periodo marzo - julio del año 2014, con la finalidad de elaborar una cartilla educativa. El estudio se basó en el paradigma cuantitativo, con enfoque empírico analítico, de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 117 cuidadores.

En los resultados se encontró mayor proporción en cuidadores de género femenino, entre los 18 y los 35 años, solteras, con un nivel de escolaridad alto; ocupación, labores del hogar, estrato socioeconómico bajo, de procedencia rural. El rol del cuidador lo asumen en una mayor proporción los hijos desde el momento del diagnóstico, siendo éstos, únicos cuidadores, quienes cuentan con apoyo familiar y social. Presentan carga intensa de acuerdo con la escala de valoración Zarit, lo que significa un deterioro físico y mental relacionado con el escaso tiempo que se dedican a sí mismos, el agobio por sus múltiples roles, responsabilidades y quebrantos en su salud, como consecuencia del cuidado.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, diálisis, hemodiálisis, cuidadores, carga del cuidado.

Load of care of the keepers of people with renal chronic disease submitted dialysis and hemodialysis in a Renal Unit in Pasto during March – July 2014

Abstract

This study aimed to determine the burden of care for caregivers of people with chronic kidney disease submitted to dialysis and hemodialysis in a Renal Unit of Pasto in March - July 2014 with the aim of preparing an educational passbook. The study was based on the quantitative paradigm, analytical and descriptive empirical approach. The sample consisted of 117 caregivers.

The results showed higher proportion in female caregivers, aged between 18 and 35, single, with a high level of education; occupation, housework, low socioeconomic status, of rural origin. The role of caregiver is assumed in a greater proportion by children from the time of diagnosis, being these ones, unique caregivers, who have family and social support. They indicate heavy load according to the grading scale Zarit which means a physical and mental deterioration related to the limited time devoted themselves, the overwhelmed by their multiple roles, responsibilities and losses to health care as a consequence of caring.

Key words: Renal chronic disease, dialysis, hemodialysis, keepers, load of the care.

¹ Tecnóloga en Promoción de la Salud, Universidad de Nariño; Auxiliar de Enfermería, Universidad de Nariño. Estudiante séptimo semestre de Enfermería. Correo electrónico: marialeja_0217@hotmail.com

1. Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica (ERC) son, por lo general, personas que por características sociodemográficas como edad, asociación de diversas patologías a la enfermedad, escasa formación académica y dependencia económica, requieren de cuidado por largos periodos de tiempo, lo cual significa que tienen un cuidador. Esto genera en el último, consecuencias psicológicas, físicas, sociales y económicas, carga que puede ser objetiva y subjetiva. La primera se caracteriza por una ruptura de la vida familiar observable; incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos, mientras que el segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, como estrés e infelicidad (Giraldo, Franco, Correa, Salazar y Tamayo, 2005).

Las personas que deben someterse a tratamientos como la diálisis y la hemodiálisis se encuentran ante situaciones estresantes en relación con su apariencia física y funcionalidad; requieren de apoyo familiar o de un cuidador, quien será el encargado de suplir las necesidades básicas que en ocasiones son en forma diaria y continua, y es entonces cuando éste deja de lado sus roles sociales, desencadenando alteraciones de tipo físico, psíquico, social y laboral.

Los pacientes con ERC, a menudo dependen de un cuidador para realizar sus actividades de la vida diaria y satisfacer sus necesidades vitales básicas; por ello se destaca la importancia que tanto paciente como cuidador estén preparados para el afrontamiento de los cambios que son producidos por una enfermedad de tipo crónico, debido a que, el no estar preparados para este tipo de situaciones, puede conducir a efectos sobre el cuidador; es por ello que el tratamiento que se esté brindando no sólo incluya al usuario, sino que se debe tener como apoyo al cuidador y ofrecer de manera continua la información necesaria para evitar que existan complicaciones en el cuidador, como insomnio, depresión, entre otros. (Gil, Pílares, Romero y Santos, 2013).

En Colombia existe un desinterés por los cuidadores; dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se evidencia un déficit en cuanto a involucrarlos dentro del progreso y tratamiento de la enfermedad; lo ideal sería brindarles herramientas útiles en cuanto a conocimiento en el manejo de las patologías del familiar, con el fin de que sean un apoyo durante el proceso salud – enfermedad (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005).

La problemática de la carga del cuidador puede incurrir negativamente en los cuidados brindados a los pacientes con ERC; por esta razón y, buscando mejorar la calidad de vida, se creó el programa para disminuir la carga de la enfermedad en Colombia, conformado por diferentes universidades a nivel nacional, entre ellas el nodo de la Universidad Mariana, del cual se deriva este trabajo, con el cual se pretende identificar la carga del cuidado en cuidadores de personas que padecen ERC sometidos a tratamientos como diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto, con el fin de diseñar una cartilla de tipo educativo.

En el desarrollo del estudio se realizó la caracterización del cuidador, se valoró el estado mental, su funcionalidad y la sobrecarga, aspectos enfocados en la línea de investigación “Cuidado de enfermería”, eje problema “Autocuidado de la persona, familia y comunidad”, bajo un paradigma cuantitativo, con enfoque empírico analítico de tipo descriptivo. La población se determinó por los cuidadores de personas con ERC sometidos a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto; se utilizó como técnica de recolección de información la encuesta, por medio del instrumento GCPC – UN – C4 para identificar las características sociodemográficas; la valoración funcional por medio del perfil Pulses; la valoración del estado mental a través del test Minimental y la valoración de la carga del cuidador por medio de la escala de valoración Zarit.

En relación con la carga del cuidado, se ha realizado a nivel mundial estudios relacionados con la importancia de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, como el de Moreira de Souza y Turrini (2011) en la ciudad de España, quienes demostraron “que las transformaciones en el cotidiano familiar y profesional del cuidador pueden llevar a la persona al agotamiento físico y emocional, con repercusiones para su estado de salud” (párr. 4), y sostienen que factores como la falta de preparación para el cuidado y la ausencia de soporte familiar y profesional, sobrecargan al cuidador.

De igual manera, en la ciudad de Chile, Flores, Rivas y Seguel (2012) elaboraron un estudio en el que encontraron que los cuidadores -mayoritariamente mujeres- presentaban sobrecarga intensa, y lograron identificar que

escasamente realizaban una actividad recreativa, dado que el grado de dependencia de la persona a su cargo era elevado y requería ayuda constante para la satisfacción de sus necesidades básicas. Por tanto, sugieren que es importante reconocer que el cuidado de las personas con enfermedad crónica no puede recaer sólo en un individuo; debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa.

2. Metodología

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se utilizó el paradigma de investigación cuantitativo en donde se buscó cuantificar las variables y aplicar una forma de análisis estadístico. Este tipo de paradigma parte de la formulación de variables seleccionadas de manera específica y limitada que aportan al problema de investigación. El análisis que se emplea es de corte estadístico con base en los modelos de cantidad, enfocados en arrojar datos porcentuales. El enfoque empleado fue empírico analítico, el cual tiene como criterios de validez el uso de datos que provienen de la experiencia y datos observables; el análisis se ve enfocado en las realidades que se investiga, para identificar los elementos y las relaciones que existen para una posterior interpretación e intervención. Desde este punto de vista se tomó a la población objeto, quienes suministraron la información basada en sus vivencias y el entorno en el que se desenvuelven.

La investigación fue de tipo descriptivo, debido a que se evaluó cada una de las variables, y los indicadores se encontraban de manera implícita en el problema sujeto de estudio. De esta manera, posteriormente se realizó una descripción de los rasgos que caracterizan a cada una de las variables, teniendo en cuenta los aspectos sociodemográficos y la carga del cuidado en la población objeto, conformada por 168 cuidadores de personas con ERC, sometidas a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto en el periodo de marzo a julio de 2014. La muestra, según fórmula probabilista, estuvo determinada por 117 cuidadores de pacientes que acuden a una unidad renal en el municipio de Pasto; el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, en donde toda la muestra tiene la misma probabilidad de ser elegida.

Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron: encuesta, que es una técnica para recoger de manera sistemática y ordenada información sobre las variables que intervienen en una investigación, y esto sobre una población o muestra determinada. Se utilizó:

- **Instrumento para la caracterización del cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica.** Versión 4. 10 de febrero de 2014, que contiene 23 ítems sociodemográficos, aspectos relacionados directamente con el cuidado como, tiempo que lleva como cuidador, horas que dedica al cuidado, apoyos con los que cuenta, relación o parentesco con la persona cuidada.

- **Perfil pulses, que es una escala de valoración funcional que mide seis funciones:**

P = estabilidad de la patología o condición física,

U = utilización de miembros superiores,

L = locomoción o función de los miembros inferiores,

S = función sensorial,

E = eliminación o control de esfínteres,

S = capacidad de socializar.

- **Prueba Test Spmsq - Minimental**, test de detección de deterioro cognitivo que, mediante preguntas concretas, valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Su interpretación se basa en el número de respuestas erróneas que tenga el participante, dadas de la siguiente manera:

- Intacta: 0 - 2 errores.
- Alteración intelectual mínima: 3 - 4 errores.
- Alteración intelectual moderada: 5 - 7 errores.
- Alteración intelectual severa: 8 - 10 errores.

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit versión 4.** 1º de febrero de 2014, que se utiliza para medir multidimensionalmente el fenómeno de sobrecarga del cuidador, siendo la escala más utilizada a nivel internacional para medir este fenómeno y clasificarlo como ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa. La sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para llegar a sobrecarga intensa, siendo la sobrecarga intensa mayormente asociada a morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

3. Resultados

Las personas que padecen ERC requieren de un cuidador que contribuya a satisfacer sus necesidades básicas, sobrellevar su enfermedad y los efectos que resultan de los tratamientos complementarios como la diálisis y hemodiálisis, al mismo tiempo que debe enfrentar el cambio de roles para poder cumplir con su función, al dedicar toda la atención al paciente y descuidar la suya propia, lo cual puede alterar su bienestar en las diferentes dimensiones del ser.

3.1 Caracterización sociodemográfica: las características sociodemográficas analizadas en la presente investigación fueron Género, Estrato socioeconómico, Apoyos con los que cuenta el cuidador, Características del cuidado, entre otras variables, encontrando que existe un predominio del género femenino con un 66% al destacarse como cuidadora por excelencia. El 48% se hallaba entre el rango de edad de 18 a 35 años, un 39% de 36 a 59 años y el 1% tiene más de 75 años. El 27% tiene un nivel de escolaridad de bachillerato completo, un 6% ha completado sus estudios universitarios, y un 3% un nivel técnico. El 46% eran solteros, un 28% casados, un 21% de ellos en unión libre y el 2% separados. El 38% se dedica a las labores del hogar, un 23% son empleados, un 27% tiene un trabajo independiente y un 9% son estudiantes. El 42% proporcionaba el cuidado entre 6 y 18 meses y un 36% ha dedicado 37 meses o más al cuidado. El 62% de la población no son únicos cuidadores y un 38% si lo son. El 40% dedicaban las 24 horas al cuidado, el 3% entre 13 a 23 horas. El requerimiento de horas para el cuidado depende del grado de dependencia de los receptores del mismo. El 46% eran hijos de los pacientes, un 21% esposos y un 2% amigos del paciente.

En relación con la elección del cuidador, el género femenino representa un mayor porcentaje debido a que el cuidado requiere de una enorme responsabilidad; este fenómeno se puede explicar por los patrones culturales de la región, en los que existe un marcado machismo y se asigna a las mujeres múltiples roles, entre ellos el de ofrecer el cuidado a las personas dependientes. Es importante rescatar que además de este papel, ellas realizan otros roles, como el de ser madres, esposas e hijas, lo que puede generar una carga del cuidado.

Los papeles desempeñados por el género femenino, en su mayoría, no tienen remuneración económica a pesar de la cantidad de horas que se dedican a dar el cuidado; las demandas económicas, al ser cuidadoras, incrementan; y al no tener la disponibilidad de estos recursos, se puede ver incrementada la carga del cuidado.

La edad del cuidador puede ser un determinante en relación con la carga del cuidado, porque los cuidadores jóvenes desempeñan más roles que las personas con mayores rangos de edad.

La edad se convierte en factor protector y al mismo tiempo de riesgo para tener sobrecarga del cuidado. Se puede señalar que las personas con edades entre los 18 y los 35 años son personas jóvenes que tienen una mayor adaptabilidad a las situaciones y por ende mejor capacidad de afrontamiento. Los pacientes con ERC que se encuentran en tratamientos complementarios como son la diálisis y hemodiálisis, son personas que requieren de diferentes apoyos y que necesitan de un cuidador que pueda hacer posible la satisfacción de sus necesidades. Los cuidadores entre las edades mencionadas son personas socialmente activas que

buscan explorar y satisfacer sus necesidades de tipo social, y que de la misma forma desempeñan diversos roles. La dedicación que requieren los pacientes con ERC se convierte en un impedimento para este tipo de situaciones, por ello los cuidadores disminuyen su calidad de tiempo para el cuidado personal y la recreación, lo que implica un incremento de estrés, ansiedad, agotamiento, que puede concluir en aumento de la carga del cuidado y el riesgo de convertir a los cuidadores en futuros pacientes.

El grado de escolaridad puede contribuir a la disminución del grado de sobrecarga, porque la educación permite que los cuidadores tengan acceso a diversas fuentes de información que pueden ser un apoyo para brindar un mejor cuidado, a más de impedir que sean pasivos y, por el contrario, que adquieran un papel más activo dentro del proceso salud – enfermedad de los pacientes, debido a que se involucran más en el cuidado. Cuando se acude a las citas de control y se tiene un nivel educativo mínimo, los cuidadores no hacen preguntas y en ocasiones quedan con inquietudes no expresadas por temor; caso contrario sucede en aquéllos que cuentan con un grado de escolaridad mayor: realizan las preguntas necesarias y si tienen dudas vuelven a preguntar. Incluso en relación con la adherencia al tratamiento, éste es un factor positivo porque existe una mayor comprensión de las sugerencias de los profesionales y de esta manera pueden brindar los cuidados de forma completa. Por ello el grado de escolaridad puede ser un aporte al cuidado.

El estado civil de las personas es un factor determinante al momento de ser escogidas para brindar el cuidado; las personas con un estado civil como la soltería, son aquéllas a las que se les atribuye en su mayoría el cuidado, debido a que no tienen compromisos maritales que dificultarían la atención; en consecuencia, se considera que tienen una mayor disponibilidad horaria y suelen ser personas jóvenes que no padecen de enfermedades crónicas, lo cual dificultaría la acción de cuidado. Las personas con obligaciones de trabajo, hijos, labores del hogar y además el cuidado de un familiar, tienen una gran responsabilidad en el desempeño de sus roles, lo que puede dar como resultado, carga del cuidado.

Las labores del hogar, aunque no haya un horario determinado para llevarlas a cabo, requieren de mucho tiempo para su desarrollo, y el tener una ocupación determinada, demanda de una organización minuciosa para cumplir con las necesidades de las personas a su cargo.

La ocupación de los cuidadores se encuentra relacionada con el género; en Nariño, debido al marcado machismo, las mujeres están dedicadas al hogar, independientemente de si tienen hijos o no, y se ven inmersas en las labores del hogar desde edades tempranas. En relación con la carga del cuidado, el estar en el hogar puede ser positivo y negativo a la vez; la relación positiva se da debido a que al estar en casa y no tener más obligaciones como las laborales o de estudio, se puede brindar el cuidado y así disminuir la carga. Pero por otra parte, el estar sólo con las labores del hogar y tener además la responsabilidad del cuidado, puede generar mayor estrés porque se tiene un tiempo limitado para desarrollar actividades recreativas o de esparcimiento.

Los cuidadores son personas que se encuentran en una situación especial; no sólo deben asumir su rol como tales, sino que deben desempeñar otros en su vida cotidiana; cuando se tiene la función de cuidador, la vida cambia y por ende los papeles sociales.

Desde el momento en que un familiar se encuentra con una enfermedad de tipo crónico, requiere de apoyo; a medida que las enfermedades crónicas avanzan, como por ejemplo la ERC, se requiere de cuidados especiales y tiempo. El cuidador va adquiriendo una mayor responsabilidad en el cuidado, y considera que sólo él -o ella- lo puede hacer bien; por esta razón el cuidado se intensifica y como consecuencia se obtiene carga que se refleja en el agotamiento físico y emocional.

La responsabilidad de cuidar a una persona con ERC es mayor cuando existe un único cuidador, motivo que se puede convertir en determinante para identificar su carga, dado que sus responsabilidades no sólo se van a ver relacionadas con su rol como tal, sino que deberá tener otros que aporten a su desarrollo personal; si no atiende sus propias necesidades, la carga puede ser mayor.

Cuando un cuidador cuenta con el apoyo de algunos familiares o amigos, o tiene la posibilidad económica para acceder a un profesional que desempeñe en conjunto con él este rol, entonces se puede decir que es un factor positivo en cuanto no desarrolla carga del cuidado; por ende, el tener la posibilidad de contar con otra u otras personas que ayuden en esta labor aporta en el desempeño de los diferentes roles que las personas tienen y de la misma forma ayuda a disminuir el riesgo de adquirir problemas como estrés, ansiedad, depresión, entre otros, que se desencadenan de la carga de cuidador.

Sabiendo que la ERC es degenerativa, es necesario especificar que al transcurrir el tiempo los pacientes van a requerir mayor dedicación en cuanto a cuidados; se incrementa, entonces, la cantidad de horas que necesitarán para satisfacer las necesidades de la vida diaria, y al hacerlo, se puede aumentar de la misma manera la carga del cuidado porque en estas situaciones las personas que dedican o que perciben dedicar las 24 horas al día, pueden desencadenar problemas en el autocuidado, olvidando o dejando de lado la satisfacción de sus necesidades personales, llegando a un punto en el que adoptan sólo su rol de cuidador, ignorando otros aspectos personales como su vida social, laboral y económica.

La familia es el núcleo principal y el fortalecedor en momentos de dificultad; por ello se convierte en un apoyo muy importante cuando se adquiere algún tipo de enfermedad, debido a que sus miembros se convierten en cuidadores primarios de los pacientes, bien sea como hijo, esposo/a, hermano/a, entre otros, de acuerdo con la composición familiar.

Cuando los esposos o cónyuges no pueden brindar el cuidado, entonces los hijos entran a hacer esta labor. De acuerdo con la cultura nariñense, la familia es muy valiosa e importante, razón por la cual se la debe respetar y apoyar en los momentos difíciles; y los hijos, como retribución a todo lo que brindan los padres, ofrecen el cuidado de manera permanente; en muchos casos los hijos tienen algunas características para ser elegidos como cuidadores primarios, como por ejemplo, el estado civil, porque las personas solteras suelen tener más tiempo disponible, y cuando no se tiene responsabilidades con hijos pequeños o esposos, es más factible ofrecer el cuidado con mayor disponibilidad de tiempo. No obstante, las personas jóvenes también pueden tener más roles que desempeñar, y dedicarse al cuidado puede generar problemas relacionados con la carga de la tarea.

3.2 Nivel de sobrecarga: con relación a la evaluación del nivel de sobrecarga, se encontró que el 40% de los cuidadores experimentan un nivel intenso; un 35% no tiene sobrecarga y un 25% tiene una carga leve, según el test Zarit.

La carga del cuidado es definida como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención a un familiar o paciente, en donde se valora múltiples dimensiones, con características objetivas y subjetivas. Entonces, la carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y en sus roles; y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas del cuidado. Para evaluar los efectos emocionales como respuesta a la carga, éstos se manifiestan en el cuidador por la rutina diaria del cuidado. La escala de valoración de sobrecarga Zarit considera factores emocionales, físicos, económicos, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de los cuidados, por lo que mide el riesgo de deterioro de la vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar.

El cuidador de un familiar que tiene una dependencia severa como la causada por la ERC, debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia, la reducción del número de vínculos sociales, disminución de las oportunidades de superación profesional o laboral, ausencia de motivación y energía para establecer y mantener relaciones sociales, lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad.

Cuando existe una enfermedad como la ERC, no sólo es el paciente quien la padece, sino que toda la familia se ve afectada, sin embargo en la mayoría de los casos es sólo una persona la que asume el cuidado,

generalmente un integrante de la familia, quien toma el rol de cuidador/a y quien, a su vez, requiere adaptarse a las demandas del cuidado, y a las situaciones que se incrementen con el progreso de la enfermedad.

El impacto que genera a nivel económico el estar a cargo de una persona con ERC es enorme, y se incrementa en las personas con limitaciones económicas, debido a que no se tiene acceso oportuno a los servicios de salud, medicamentos, hospitalización, consultas y manejo de complicaciones.

Tradicionalmente, son las mujeres en quienes recae la atención del cuidado de los miembros de la familia, sin importar la edad de la persona que demanda atención. Parte del rol femenino ha sido asumir responsabilidad por el cuidado de los enfermos de la familia al interior del hogar, lo que conlleva dificultades frente a la posibilidad de insertarse de modo igualitario en el ámbito laboral, social y económico de la sociedad.

La carga del cuidado en cuidadores de personas con ERC se puede analizar a la luz de las características físicas, comportamentales, cognitivas del paciente, y la fase en la que está la enfermedad. A medida que existe un deterioro en estas variables, se da un incremento en las actividades que se desempeña como cuidadores; otras variables como los escenarios en donde se brinda el cuidado, como por ejemplo en este caso la Unidad renal, son importantes porque influyen en el sueño, disponibilidad de tiempo, esfuerzo físico, demandas de tiempo, ajustes en actividades planeadas y carga económica. Por otra parte, y de una manera más global, se encuentra la autopercepción de la carga del cuidado, dada por el cuidador, relacionada con la experiencia como cuidador y la capacidad de mediación entre aspectos como el cuidado al familiar, el autocuidado, el contexto y la evolución de la enfermedad.

En la escala de valoración Zarit se menciona que son las familias las que con mayor frecuencia se encargan del cuidado de las personas dependientes durante largos periodos de tiempo, para hacer frente a un tipo de sociedad que envejece demográficamente. Para prevenir problemas asociados a la sobrecarga, se puede considerar que la responsabilidad del cuidado no sólo debe estar a cargo de la familia, debido a que esto representa un incremento en la responsabilidad económica, entre otras. Es importante tener una responsabilidad compartida, innovadora, que tenga en cuenta las necesidades de la persona a la que se le ofrece los cuidados, y la persona que los brinda; se debe tener algunas estrategias de intervención para fortalecer estas situaciones.

4. Discusión

Sin duda, la caracterización de la muestra de cuidadores del presente estudio coincide con algunos estudios a nivel nacional e internacional, como los de Gil et al., 2013; Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera, 2006; Durango-Guevara, Barbosa-Ubarnes, Arias-Díaz y Correa-Jiménez, 2012, quienes expresan que la labor de cuidar a sus familiares en el hogar recae en el género femenino, generalmente hija, esposa y/o hermana, personas jóvenes, en edades en las que deberían estar relacionadas con actividades de tipo preventivo, con la finalidad de evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas o psicológicas, que sean producto de la carga que representa el cuidado de un familiar enfermo.

Se debe considerar que las personas que desempeñan este rol lo hacen entre 6 y 18 meses, y otro porcentaje elevado lo hace 37 meses o más; es necesario considerar que estas personas no han recibido una instrucción precisa para ofrecer a las personas un cuidado adecuado, lo cual genera en ellos estrés y angustia. Si se habla del tiempo en horas que dedican al cuidado, se puede identificar que un gran porcentaje dedica 24 horas a esta labor y lo hacen paralelamente a otras actividades como atención de hijos, el hogar, trabajo, estudio, indicando que tradicionalmente estas actividades han sido asignadas cultural y socialmente a las mujeres; de ahí la importancia de contar con redes de apoyo social que contribuyan en esta labor.

Por otra parte, se destaca que la proporción de cuidadores de género masculino (34%) es importante y relevante, porque en muchos estudios “el predominio de cuidadores con relación al género femenino sobrepasa el 80%” (Flores et al., 2012, p. 33). Con ello se puede mencionar que en el municipio de Pasto los hombres también se encuentran comprometidos con el papel de cuidador de sus familiares enfermos, pero debido a la situación de la región en la que prevalece un marcado machismo, puede ser que para este género el desempeño como cuidadores sea un poco más complejo que para las mujeres.

Si se habla de las capacidades funcionales de las personas objeto de cuidado, se menciona que por circunstancias de la enfermedad, se requiere de una persona que apoye en las labores de la vida cotidiana, que esté capacitada física y emocionalmente, porque asumir este rol significa afrontar diversos cambios en la vida del cuidador primario, y cuando éste no se encuentra en la capacidad de ofrecer estos cuidados, puede tener problemas degenerativos en su salud física y mental. Las tareas a las que debe enfrentarse el cuidador son múltiples, complejas y exige mucho tiempo, debido a la pérdida de la funcionalidad de las personas cuidadas (Bertel De La Hoz, 2012).

En un estudio llevado a cabo por Aravena y Sanhueza (2010) se reportó que la mayor parte (87.2%) de las/os cuidadores refieren molestias y/o dolores en las últimas dos semanas; más de la mitad (52,6%) considera su estado de salud como regular, y al compararlo con un año atrás, el 50.6% manifiesta que se encuentra igual; el 36.5% lo califica como peor y sólo el 12.8% encuentra que su estado de salud es mejor. La distribución de las molestias presentadas por la muestra es, en primer lugar, el dolor de piernas en un 60.3%; el 55.2% presenta dolor de espalda; el 45.5% cansancio, y un 43.6% dolor de cabeza, resaltando que siempre es mayor el porcentaje de molestias presentadas por las mujeres, en comparación con los hombres. Respecto a la carga del cuidador las/os cuidadoras/es obtuvieron puntajes desde 5 a 76 puntos (de 88 máximo), lo cual indica valores moderados de sobrecarga para esta muestra de cuidadoras/es informales.

Con referencia a la investigación, es claro que el cuidar a un familiar dependiente cambia la dinámica de los cuidadores, porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas y afectan la satisfacción en los diversos roles como ser humano. Se puede destacar que según sus características, se puede presentar el grado de sobrecarga. Para el presente estudio, si bien con los instrumentos no se identificó molestias de tipo físico, es muy importante reconocer la función de cuidadores de pacientes con ERC ocasionó en ellos carga de tipo severo en el 40%, lo que significa que la percepción de la carga es evidente.

La problemática de la carga del cuidado identificada se puede prevenir mediante estrategias en las que se aplique la promoción de estilos de vida saludable para los cuidadores, en las que se incluya espacios de educación, de recreación, se promueva la interacción con el equipo de salud, y se genere habilidad del cuidado en pacientes con ERC.

Con referencia a la profesión de enfermería, ésta necesita asumir un papel activo, adelantándose a los cambios que surgen con el tiempo y formulando proyectos de atención e implementación de estrategias para ofrecer apoyo no sólo a los pacientes, sino a las personas que asumen el papel de cuidador.

Se debe seguir realizando investigaciones constantes en relación con la carga del cuidado, con la finalidad de disminuir la carga de la enfermedad crónica, porque un cuidador con ella puede culminar con una enfermedad de tipo crónico, y esto significaría disminución en la calidad del cuidado y, en casos extremos, no poder desempeñar este rol. Por otra parte puede generar más costos al sistema de salud y esto significa mayores gastos a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS).

Se debe considerar al cuidador primario como prioridad en el sistema de salud, identificarlo como un punto focal en la atención en salud y que no sólo sea visto como un colaborador en el proceso de salud – enfermedad; igualmente, se debe formular proyectos de mejoramiento en los que se incluya actividades dirigidas al cuidador para prevenir la carga en el cuidado y se genere habilidad en el desempeño de su papel como tal; esto es necesario debido a que los tratamientos y avances tecnológicos forjan una mayor esperanza de vida en los pacientes crónicos.

5. Conclusiones

Con relación a las características sociodemográficas de los cuidadores de personas que padecen ERC, se destaca que son personas en mayor proporción del género femenino, entre los 18 y los 35 años de edad, en su mayoría solteras, con un nivel de escolaridad alto (bachiller completo, técnico y universidad completa), que

se dedican al hogar, con alto compromiso religioso y de estrato socioeconómico bajo, procedentes de la zona rural, quienes utilizan las tecnologías de la información y comunicación como televisión, radio y teléfono, y no poseen enfermedades que dificulten el cuidado.

Referente al cuidado, asumen el rol de cuidador desde el momento del diagnóstico del paciente, son únicos cuidadores, cuentan con apoyo familiar y social, su relación de parentesco es de hijos, en mayor proporción. Se puede evidenciar que en cuanto a la carga del cuidado existen factores socioeconómicos que pueden estar afectando su salud y que por el corto tiempo que llevan como cuidadores no han experimentado grandes cambios en relación con su salud física y emocional.

El nivel de funcionalidad de los cuidadores de personas con ERC se encuentra en un nivel óptimo; no se evidenció alteración, lo cual sugiere una relación directa con la presencia de sobrecarga intensa, porque, al no tener afecciones de tipo funcional, son elegidos para proporcionar el cuidado, debido a que la ERC es degenerativa y los cuidados que necesitan los pacientes requieren de una integridad funcional por parte del cuidador.

El nivel de función mental de los cuidadores de personas con ERC no presenta -en gran proporción- ningún tipo de alteración, y en una menor proporción una alteración mínima. No se encontró alteración intelectual moderada ni severa, expresando una relación directa a la carga del cuidado intensa y moderada que se encuentra en estos cuidadores, porque son escogidos para desempeñar este rol; la carga se da porque, según las características sociodemográficas, son personas jóvenes, socialmente activas, que asumen varios roles a la vez.

La mayoría de los cuidadores presenta un nivel de sobrecarga moderada e intensa; el deterioro físico y mental se relaciona con el escaso tiempo que se dedican a sí mismos, el agobio por sus múltiples roles y responsabilidades y por quebrantos en su salud, asociados al cuidado. A medida que el paciente se vuelve más dependiente porque la ERC avanza, el cuidador asume la realización de las actividades básicas, las cuales se incrementan a lo largo del tiempo y consumen más de su tiempo.

Referencias

- Aravena, V. y Sanhueza, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 111-120.
- Bertel De La Hoz, A. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1), 77-85.
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. y Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(1), 31-38.
- Durango-Guevara, K., Barbosa-Ubarnes, M., Arias-Díaz, A. y Correa-Jiménez, Ó. (2012). Comparación de la carga percibida por los cuidadores principales de pacientes con parálisis cerebral infantil y las características clínicas de estos pacientes atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2).
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- Gil, I., Pílares, J., Romero, R. y Santos, M. (2013). Cansancio del rol de cuidador principal del paciente en hemodiálisis. *Revista Enfermería nefrológica*, 16(1), 172-173.
- Giraldo, C., Franco, G., Correa, L., Salazar, M. y Tamayo, A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 7-15.
- Moreira de Souza, R. y Turrini, R. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*, 10(22).
- Pinto, N., Barrera, L. y Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Aquichan*, 5(1), 128-137.

Carga del Cuidador Asistente al Programa Plan de Egreso Hospitalario

Vilma Tamara Ortiz Nievas¹
Roosby Karina Gallardo Solarte²
Fanny Patricia Benavides Acosta³

Resumen

La investigación realizada en la ciudad de Pasto en el Hospital Universitario de Nariño con cuidadores familiares de personas con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECN) se enmarcó dentro de la metodología cuantitativa de tipo pre-experimental, con diseño de pruebas pre y post intervención, con el objetivo de revalorar el nivel de carga percibida en los cuidadores familiares, una vez finalizada la intervención, mediante un muestreo de 62 cuidadores escogidos por conveniencia, cuya carga de cuidado fue medida con la aplicación del instrumento Zarit, el cual demostró que la mayoría de cuidadores no presenta sobrecarga ni antes ni después de la intervención, lo cual lleva a concluir que ésta no tuvo influencia significativa con relación a la medición post-intervención.

Los hallazgos reportados fueron digitados en el programa Excel, utilizando estadística descriptiva, y demuestran que los cuidadores, en su gran mayoría, son del género femenino, en edades intermedias de la vida (de 36 a 59 años), con bachillerato completo, procedentes del área urbana, solteros, de ocupación hogar, de estrato uno, que cuidan a la persona desde el momento de su diagnóstico; son católicos, tienen un compromiso religioso medio, son cuidadores únicos, atendiendo menos de 6 horas diarias, por más de 37 meses. No usan las Tecnologías de la Informática y la Comunicación TIC, percibiéndolas como un apoyo bajo.

Palabras clave: Escala Zarit, cuidador, plan de egreso.

Burden of the assistant caretaker at program Plan of hospital discharge

Abstract

The research was conducted in San Juan de Pasto, Colombia, in Nariño University Hospital with family caregivers of people with Chronic Non-communicable Disease (CND), framed within the quantitative methodology pre-experimental type, with pre and post intervention testing design, in order to reassess the level of perceived burden on family caregivers, once the intervention is completed, by a sample of 62 caregivers chosen for convenience. The burden of care was measured with the application of Zarit instrument, which showed that most of them don't show overload before or after surgery, leading to the conclusion that it had no significant influence with regard to post-intervention measurement.

The reported findings were entered in Excel, using descriptive statistics and showing that the vast majority of caregivers are female, at intermediate stages of life (from the age of 36 to 59), with complete high school, from the urban area, single, home occupation, stratum one, who have cared for the person from the time of diagnosis; are Catholic, have an average religious commitment, are only caretakers, taking less than 6 hours a day for over 37 months. They don't use Information and Communication Technologies (ICT), perceiving these as a low support.

Key words: Zarit Scale, caregiver, plan of discharge.

¹ Magíster en Enfermería Materno Infantil, Universidad del Valle; Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad del Valle; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente Asistente e Investigadora, Universidad Mariana. Correo electrónico: tabata269@gmail.com

² Magíster en Enfermería; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

³ Especialista en Educación con énfasis en Pedagogía. Docente – Relación Docencia Servicio, Universidad Mariana. Correo electrónico: fannypatriciaBA@gmail.com

1. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECN) han ido en aumento día con día, y detrás de cada persona que sufre el flagelo de padecerla, está la figura del cuidador familiar, persona encargada de la atención de su ser querido en la cotidianidad de su hogar, quien es partícipe de los eventos que acontecen durante la evolución de la enfermedad, de las recaídas cíclicas, de la modificación del estilo de vida propio y de su familiar, lo cual puede generar cambios en su bienestar, que se evidencian en la carga que se reporta en diversos estudios de investigación.

En este sentido, es importante destacar la responsabilidad de cuidado de su ser querido; el cuidador familiar experimenta múltiples cambios en su vida que lo pueden llevar a sentirse solo y desprotegido, haciéndolo sentir cansado; de ahí la importancia de investigar acerca de la carga del cuidado, y si ésta se puede ver influenciada con la intervención, mediante la aplicación del Programa “Plan de egreso”, el cual puede contribuir a sentirse mejor.

La carga del cuidado en cuidadores va en aumento debido a que las enfermedades crónicas tienden a oscilar entre periodos de exacerbación y periodos de mejoría o quietud, y requieren de un seguimiento y apoyo incondicional que generalmente es brindado por un familiar, el cual debe afrontar las necesidades crecientes del miembro dependiente, encarar situaciones de restricción de la libertad y la pérdida del estilo de la vida anterior. La familia debe abordar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, tales como incapacidad, dolor y tratamientos especiales.

El plan de egreso es un mecanismo obligatorio y una estrategia de intervención, en la que el profesional de salud debe garantizar el derecho del paciente a un cuidado seguro, brindar soporte y apoyo al cuidador familiar para asumir su responsabilidad, mejorar su calidad de vida y capacidad de autocuidado para evitar la carga innecesaria, y la respuesta institucional a parámetros de calidad que garanticen que el cuidado que recibe tanto el uno como el otro, sea exitoso dentro y fuera del ámbito hospitalario, contribuyendo con ello a fortalecer su competencia para el cuidado.

2. Metodología

Estudio de tipo cuantitativo pre experimental. La población corresponde a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, asistentes al Hospital Universitario Departamental de Nariño. La muestra, de 62 cuidadores familiares, se escogió por conveniencia, a quienes se les aplicó el instrumento de caracterización de cuidador familiar y el instrumento de carga Zarit. El procesamiento de los datos se hizo en el programa Excel. El análisis se llevó a cabo con la ayuda de las tablas de frecuencias y porcentajes, y los gráficos.

3. Resultados

Con relación a la caracterización de los cuidadores de pacientes crónicos se encontró que: el género femenino es el que predomina, en edades intermedias, de ocupación hogar o trabajadoras independientes, quienes dedican su tiempo al cuidado de sus familiares; de estado civil solteras, procedentes del área urbana, estrato uno, quienes cuidan a su familiar desde el momento de su diagnóstico, profesando la religión católica, con un mediano compromiso religioso; son las únicas cuidadoras en su gran mayoría, dedicando al cuidado menos de 6 horas diarias, desde hace más de 37 meses; no hacen uso de las TIC en un porcentaje significativo, y refieren sentir un bajo nivel de apoyo de éstas.

Respecto a la escala Zarit, la cual tiene como propósito valorar la sobrecarga del cuidador, se pudo observar en los resultados comparativos que la mayoría de ellos, correspondiente a un 57%, no presentan sobrecarga; este número de cuidadores no tuvo influencia con relación a la medición post-intervención. Con relación a aquéllos que tuvieron sobrecarga intensa, que en este caso son 17 y corresponden al 27%, hubo un efecto negativo, ya que en la post intervención se evidenció el aumento de dos personas, para un total de 19, correspondientes al 30%.

4. Discusión

Con relación a la carga del cuidador, un estudio realizado en la costa pacífica colombiana por Carrillo, Chaparro y Sánchez (2014) demostró una puntuación mínima de 39 y una máxima de 86 puntos, promedio de 60.5, datos que permiten visibilizar la sobrecarga global de los cuidadores familiares. Los resultados de la aplicación de este instrumento de valoración permiten evidenciar una sobrecarga intensa en 41 de los 55 cuidadores, representando el 74% del total; una sobrecarga leve en 12 cuidadores y no sobrecarga en el rol del cuidador en 2 personas, datos que son contrarios a lo que se pudo encontrar (Achury, Sepúlveda y Rodríguez, 2008). Cabe resaltar que este estudio no tuvo intervención.

Otro estudio llevado a cabo por Pérez y Llibre (2010) reporta que el 77,3 % de los cuidadores de los adultos mayores experimentaron un nivel de sobrecarga intenso, y un 20% un nivel de sobrecarga leve. Es representativo resaltar que sólo 2 cuidadores (2,6%) no experimentaron ningún nivel de sobrecarga por brindar cuidados al adulto mayor con Alzheimer. En relación con el estadio moderado por el que transita el adulto mayor con demencia, se puede evidenciar que 39 de los cuidadores de los ancianos con demencia moderada, que representa el 52%, experimentaron algún nivel de sobrecarga; de ellos, 33 cuidadores presentaron sobrecarga intensa y sólo 6 evidenciaron una sobrecarga leve.

Por otra parte, referente al estadio leve por el que transita el adulto mayor con demencia, se puede observar que 36 de los cuidadores, que representa el 48%, experimentaron algún o ningún nivel de sobrecarga; de ellos, 25 presentaron sobrecarga intensa, 9 sobrecarga leve, y sólo 2 no experimentaron sobrecarga alguna por brindar cuidados a los ancianos con demencia de Alzheimer. Es interesante contrastar los resultados de la investigación con ésta que se está citando, ya que se observa que es bastante alta la carga en enfermedades degenerativas en comparación con otras enfermedades crónicas.

A pesar de los numerosos estudios realizados en los últimos 10 años, la sobrecarga, entendida como un fenómeno cuantificable, externo a las personas, sigue siendo el tema de investigación sobre los cuidadores y pacientes. La descontextualización del cuidador y del cuidado, las diferentes actividades de interacción y las percepciones de cuidadores y personas dependientes, son aspectos que justifican seguir trabajando en ello para poder contribuir a disminuir la carga y mejorar la competencia del cuidado.

El cuidado posee una dimensión transitoria en la que el cuidador tiene que ir convirtiendo lo que ofrece, a través de la adquisición de destrezas y habilidades frente a lo social, lo instrumental, el conocimiento, el disfrute, la anticipación y las condiciones personales, con relación a la enfermedad crónica que desarrolla la persona.

Trabajar alrededor del cuidador y del paciente es el objetivo central en el cuidado no solamente comunitario, sino también asistencial; la disciplina de enfermería, debido a la naturaleza y objeto de estudio, y a su cercanía con los cuidadores, tiene un papel fundamental que desarrollar, enfocado a disminuir la carga desde el desarrollo de competencias.

5. Conclusiones

Las características sociodemográficas de los cuidadores de los pacientes crónicos indagados son muy similares a los reportados por otros estudios tanto a nivel nacional como internacional, destacándose que el género femenino en edades intermedias, de ocupación hogar o trabajadoras independientes, son las que más dedican su tiempo al cuidado de sus familiares; generalmente son solteras y proceden del área urbana; pertenecen al estrato uno, y son quienes cuidan a su familiar desde el momento de su diagnóstico; profesan la religión católica; en su gran mayoría, son las únicas cuidadoras, dedicando a esa labor, un promedio de 6 horas diarias, desde hace más de 37 meses; en un porcentaje significativo no utilizan las TIC, dado que refieren sentir un bajo nivel de apoyo en ellas.

En referencia a la escala de sobrecarga del cuidador – Test de Zarit, los cuidadores no presentaban sobrecarga ni antes ni después de la intervención; en aquéllos que sí había sobrecarga leve, se notó una mejoría post

intervención, disminuyendo ésta en un 3% con respecto a la pre intervención. Cabe resaltar el hecho de que en aquéllos que hubo sobrecarga intensa, se dio un aumento del 3% luego de la intervención.

El programa Plan de egreso hospitalario para el desarrollo de competencias para el cuidado ha influido de alguna manera, aunque no significativamente, ante el hecho de que, terminada la intervención permanecieron con el mismo porcentaje pre intervención.

Referencias

Carrillo, G., Chaparro, L. y Sánchez, B. (2014). Carga del Cuidado en Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica en la Región Pacífica Colombiana. *Ciencia y Enfermería*, 20(2).

Achury, D., Sepúlveda, G. y Rodríguez, S. (2008). Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 93-111.

Pérez, M. y Llibre, J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122.

Conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa al recién nacido prematuro y/o de bajo peso

María del Pilar Ureña Molina¹

Resumen

El estudio, de tipo cuantitativo, de corte transversal, con la participación de 77 padres, tuvo como objetivo principal, determinar el nivel de conocimientos de éstos para brindar cuidado en casa al recién nacido prematuro –o pretérmino- (RNP) y/o de bajo peso, en el Servicio de cuidado neonatal de un hospital de Cúcuta en Norte de Santander, durante el primer semestre de 2014. Se utilizó un cuestionario diseñado por la autora del proyecto y validado por cinco expertos, para medir el nivel de conocimientos de forma general y por categorías (Seguridad y protección, Confort, Alimentación y Vínculo afectivo) y se determinó un nivel de confiabilidad de 0.5, siendo aceptable.

Como resultados se encontró mayor representación del sexo femenino, de 19 a 29 años de edad, con niveles socioeconómicos de 1 y 2; en el estado civil destacaron unión libre y casado; alrededor de la mitad se dedicaban al hogar, con un nivel de escolaridad de secundaria completa, residentes en el área urbana y con el antecedente de haber tenido más de un hijo(a).

De manera general, el nivel de conocimientos para brindar cuidado en casa al RNP podría ser adecuado y aceptable; una pequeña proporción contaron con un nivel deficiente. En cuanto al nivel de conocimientos por categorías, los padres tendrían satisfactorios conocimientos para las categorías de seguridad y protección, alimentación y vínculo afectivo, con puntajes clasificados como adecuados y aceptables. En la categoría relacionada con los conocimientos sobre confort, se encontró que la mayoría de ellos podría tener un nivel deficiente.

Palabras clave: Recién nacido prematuro, padres, cuidado del niño, enfermería neonatal.

Knowledge of parents to provide homecare to the premature or low birthweight newborn

Abstract

The quantitative, cross-sectional study, with the participation of 77 parents, had as main objective, to determine their level of knowledge to providing homecare for premature or low birthweight newborn in a hospital's neonatal care Unit in Cucuta in Norte de Santander, Colombia, during the first half of 2014 by using a questionnaire designed by the author of the project and validated by five experts, to measure the level of knowledge in general and by categories (Security and protection, Comfort, Food and Bonding) and a confidence level of 0.5 was determined to be acceptable.

As a result, greater representation of females aged 19 to 29 was found; socioeconomic levels 1 and 2; on marital status highlighted married and free union; about half were devoted to home, with a level of complete secondary schooling, living in the urban area and having more than one child.

In general, the level of knowledge to provide homecare to premature infant may be appropriate and acceptable; a small proportion with inadequate. As for the level of expertise by category, parents have a satisfactory knowledge to the categories of safety and security, food and bonding, with scores classified as adequate and acceptable. In the category related to the knowledge on comfort, it was found that most of them may have a poor level.

Key words: Premature newborn, parents, child care, neonatal nursing.

¹ Especialista en Cuidado crítico con énfasis en Pediatría, Universidad de La Sabana; Magíster en Enfermería, Universidad de La Sabana. Docente de planta, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: mariadelpum@ufps.edu.co

1. Introducción

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptado por las Naciones Unidas en el año 2000, está encaminado a reducir los fallecimientos en los niños para el 2015. El ODM N° 4 consiste en reducir la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años en dos tercios, con respecto a las cifras de 1990. Entre 1990 y 2011 la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 87 a 51 por 1.000 nacidos vivos, debido al aumento de las inversiones en atención de la salud para la mujer y el niño en el último decenio. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) afirma que la mortalidad de recién nacidos corresponde al 41% del total de defunciones de menores de cinco años, cifra que ha aumentado respecto del 37% que correspondía en 1990.

El nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos (primeras cuatro semanas de vida) y actualmente es la segunda, después de la neumonía en niños menores de 5 años. Llama la atención que el 75% de las muertes por nacimientos prematuros pueden ser prevenidas sin una unidad de cuidado intensivo (UCI) (OMS, 2014).

Según el informe de acción global sobre nacimientos prematuros de la OMS (2015), la mitad de los bebés nacidos a las 24 semanas (cuatro meses antes) sobreviven en países de altos ingresos; pero en países de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes) siguen muriendo debido a la falta de atención efectiva, factible y económica, y a factores como el calor, apoyo a la lactancia y cuidados básicos para las infecciones y dificultades respiratorias.

En Colombia se ha tenido una tendencia al descenso en las cifras de mortalidad infantil entre los años 2005 y 2010, partiendo de una tasa de 15,91 a una de 12,76 por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual indica una reducción de 3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2010, comparado con el año 2005. Sin embargo, dentro de la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal ocupa un gran porcentaje; cerca del 63% de los casos son producidos durante los primeros 28 días, luego del nacimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). A esto se le aúna la cifra de nacimientos prematuros para el 2010, la cual continúa siendo significativa de 8.8 por 100 nacimientos vivos (OMS, 2012). Por otro lado, la prevalencia de bajo peso al nacer constituye otro de los principales factores de riesgo para la mortalidad neonatal. Colombia ha tenido una tendencia constante al incremento durante el quinquenio 2005-2010. Alrededor del 9% de los niños nacen con un peso inferior a 2.500 gramos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En el departamento de Norte de Santander, la tasa de mortalidad infantil para el año 2009 fue de 13.3 en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, y en el municipio de Cúcuta de 14,8. La tasa de mortalidad neonatal para el departamento fue de 8.4 por cada 1.000 nacidos vivos y en el municipio de Cúcuta de 9.5. Según datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2010), Norte de Santander tuvo un porcentaje de nacimientos con bajo peso de 6.2, siendo Cúcuta una de las ciudades con mayor proporción (Instituto Departamental de Salud, 2010).

El nacimiento del niño con un problema de adaptación, sea prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, de metabolismo u otra patología, hace que los padres se vean en la necesidad de admitir la aplicación de medidas terapéuticas para estabilizar su condición física y evitar otras complicaciones. Entre estas medidas se encuentra la colocación de sondas, catéteres endovenosos y tubos endotraqueales, entre otras, que representan un cambio de la imagen del niño deseado o imaginado durante el embarazo, más aún, cuando este neonato tiene características corporales de prematuridad y bajo peso al nacer (Parra, Moncada, Oviedo y Marquina, 2009).

Estudios investigativos demuestran el nivel de estrés, los cambios físicos y emocionales que se desencadenan en los padres al tener un hijo recién nacido hospitalizado, la separación del vínculo padre-hijo que se debe afrontar por esta situación y las posibles alteraciones en el patrón cognitivo y emocional que trae para el mismo neonato la ausencia de sus padres (González, Ballesteros y Serrano, 2012; Barbosa, Pinto, Ribeiro y Moura, 2011). De igual forma, se ha documentado la necesidad de restablecer el vínculo con el recién nacido y su familia desde las UCI, donde recobra gran importancia la participación de los padres en los cuidados

hospitalarios del recién nacido (Guio, López y Vega, 2007; Corba, Garavito y Medina, 2010; Riaño, Vargas y Ruiz, 2012). Dentro de los beneficios relacionados con la participación materna y paterna en el cuidado, se encuentra la ganancia ponderal del niño, reducción del tiempo de internación, mejoría en las conductas comportamentales y cognitivas del bebé y el modelaje de la arquitectura del cerebro, que resulta beneficioso para el tratamiento y recuperación del niño hospitalizado.

Las tendencias en el cuidado neonatal como, el método madre-canguro, la lactancia materna, los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia, y las políticas a nivel nacional y mundial que buscan generar estrategias para reducir las tasas de mortalidad infantil, deben ser adaptadas a los procesos de atención de forma prioritaria, porque son lineamientos que complementan la práctica del cuidado.

Sin embargo, en la práctica cotidiana se debe considerar algunas limitantes que el (la) enfermero(a) debe enfrentar. Por un lado, se continúa delegando actividades de tipo administrativo que ocupan gran parte de su tiempo durante el turno, que obligan de alguna manera a relegar las actividades propias del cuidado. Otro factor a tener en cuenta son las normas del servicio como las restricciones y el horario limitado de las visitas. Estas situaciones para Enfermería se convierten en una problemática que se acrecienta progresivamente, al punto de generar un déficit de comunicación e interacción con el paciente y su familia, que puede verse reflejado de forma negativa en graves consecuencias dentro de las que se encuentra una mayor estancia hospitalaria, baja vinculación de padres con sus hijos, insatisfacción del cuidado y principalmente, una preparación posterior inadecuada de padres para el cuidado de sus hijos en el ambiente domiciliario.

Los recién nacidos prematuros que son dados de alta de forma temprana tienen un riesgo mayor de enfermar, en comparación con los recién nacidos a término. Durante el período de posparto, los bebés prematuros pueden tener dificultades riesgosas de alimentación, crecimiento deficiente, deshidratación, apneas, ictericia, sepsis, inestabilidad de la temperatura e hipoglucemia. Es por esto que la atención posparto para los prematuros y sus familias después del alta del hospital debe estar enfocada a reducir la necesidad de las visitas a los servicios de urgencias y los reingresos hospitalarios, con modelos de atención que incluyan directrices basadas en la evidencia para el cuidado de los bebés prematuros tras el alta hospitalaria. Estas directrices deben promover la detección y manejo de la morbilidad temprana, lo que contribuye a la disminución de la utilización de la salud y aquéllas que atiendan a las necesidades de los padres, que faciliten una paternidad responsable y aumenten la confianza y los conocimientos relacionados con el cuidado de su bebé prematuro (Premji, Young, Rogers y Reilly, 2012).

El presente estudio indagó acerca del nivel de conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa al RNP y/o de bajo peso, como un primer acercamiento en la valoración del grado de preparación de los padres en el ejercicio de su rol de cuidadores. La temática del estudio se adhirió a la teoría de “Cuidado informado para el bienestar de los demás” propuesta por la Dra. Kristen Swanson (1993). La estructura de la teoría presenta el cuidado fundamentado en el mantenimiento de las creencias en las personas, reforzado por el “conocimiento” de la realidad del otro, transmitido a través del “estar con” e implementado a través del “hacer para” y “permitir” (Swanson, 1993). En este sentido, para posibilitar al otro –en este caso, los padres– su independencia y autonomía, es necesario partir del conocer, a través del cual se puede comprender el significado que los padres asignan al cuidado de sus hijos y además, identificar los conocimientos y necesidades de tipo cognitivo, afectivo y comportamental que puedan interferir o afectar su vinculación en el acto del cuidado.

2. Metodología

Estudio investigativo de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 77 padres de recién nacidos prematuros y/o de bajo peso que se encontraban hospitalizados en el Servicio de cuidado intermedio neonatal del Hospital Universitario Erasmo Meoz en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, utilizando un muestreo por conveniencia.

Se aplicó un cuestionario diseñado por la autora del presente proyecto con el fin de medir el nivel de conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa. El instrumento consta de dos partes; la primera

está relacionada con los datos de caracterización sociodemográfica de los padres y la segunda, consta de 31 ítems para ser evaluados en una escala tipo Likert de 1 a 5, donde la puntuación 1 es Totalmente en desacuerdo, hasta una puntuación de 5, Totalmente de acuerdo con la afirmación. Los ítems representan aspectos del cuidado que los padres deben conocer para el cuidado en casa, los cuales fueron organizados en cuatro grandes categorías: -Cuidados de seguridad y protección, -Confort, -Alimentación y -Promoción del vínculo afectivo padres/hijos. La información de cada categoría fue producto de la revisión del estado del arte que buscó acerca de los cuidados que los padres deberían conocer para brindar cuidado en casa. Este cuestionario fue sujeto de validación por cinco expertos, enfermeros especialistas o con amplia experiencia en el área de cuidado neonatal. La prueba piloto se realizó a 16 participantes determinando un coeficiente Cronbach de 0.5, arrojando un nivel aceptable.

El cuestionario fue administrado por la investigadora al padre o la madre del recién nacido. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) y el programa Excel para el diseño de gráficos. Para el análisis del estudio se llevó a cabo la aplicación de pruebas estadísticas o medidas paramétricas correspondientes al diseño descriptivo. Teniendo en cuenta el nivel de confiabilidad del instrumento, los resultados fueron relatados como una aproximación o un bosquejo del nivel real de los conocimientos; más adelante se continuará con la reestructuración del cuestionario para corroborar los hallazgos definitivos.

3. Resultados

3.1 Caracterización Sociodemográfica

Según el género, se encontró que del total de los padres, el 21% son hombres y el 79% mujeres, resaltando la presencia de las madres como cuidadoras de los niños que asistían y permanecían mayor tiempo con sus hijos. No obstante, del porcentaje de los padres, aunque fue bajo, se rescata el acercamiento al cuidado de sus hijos mientras éstos se encuentran hospitalizados; se tiene en cuenta factores condicionantes como la cultura y la situación socioeconómica de la sociedad, donde es la mujer quien se dedica directamente a la crianza, en tanto la solvencia económica para el sostenimiento del hogar queda delegada al hombre.

De acuerdo con la edad de los padres, se encontró que un 59% pertenece al rango de 19 a 29 años, presentándose un promedio de 26,5 años. En menor porcentaje, el 26% de 30 a 39 años, seguido de un 10% de 13 y 18 años y un 5%, mayor de 40 años de edad. Estos datos son comparables con lo encontrado por Rossel, Carreño y Maldonado (2002), donde las madres encuestadas fueron principalmente -60%- mujeres jóvenes de un rango de edad de 20 a 30 años y donde se halló además, una significancia estadística entre esta variable y el nivel de competencias de autocuidado materno. Se determinó que el estado civil en mayor proporción fue unión libre con el 60% de los padres, seguido por casado con 22%, significando esto que cerca del 82% de los padres contarán con algún tipo de apoyo por parte de su pareja para llevar a cabo la labor del cuidado de los recién nacidos prematuros en casa; así, ese acompañamiento del que dispone la pareja para la crianza del niño prematuro, es un factor protector muy importante tanto para la madre como cuidadora principal, como para el niño.

Los niveles socioeconómicos 1 y 2 estuvieron presentes con un 49 y un 44% respectivamente. En relación con la ocupación de los padres, se encontró que el 57% de ellos se dedicaba al hogar, seguidos del 21% como trabajadores independientes y un 8% que estudiaba y tenía un empleo formal. El nivel de escolaridad de los padres estuvo representado mayoritariamente por secundaria completa con 45%, seguido de secundaria incompleta con 21%. Alrededor del 15% de los padres estudiaron hasta la primaria y el 18% tiene un nivel entre técnico y universitario. Del 100% de los padres del estudio, el 77% residían en el área urbana y el 22% en el área rural; sólo el 1% pertenecía a una comunidad indígena.

El 35% de los participantes eran padres por primera vez, mientras que el restante 65% ya había tenido un hijo o más. Esta información guarda relevancia al tener en cuenta el nivel de estrés, ansiedad y demás cambios psicoafectivos que los padres llegan a padecer al afrontar su primera experiencia como padres de un hijo prematuro, quien es remitido a una UCI, un lugar desconocido y desalentador, donde es sujeto de cuidados de personas desconocidas para ellos.

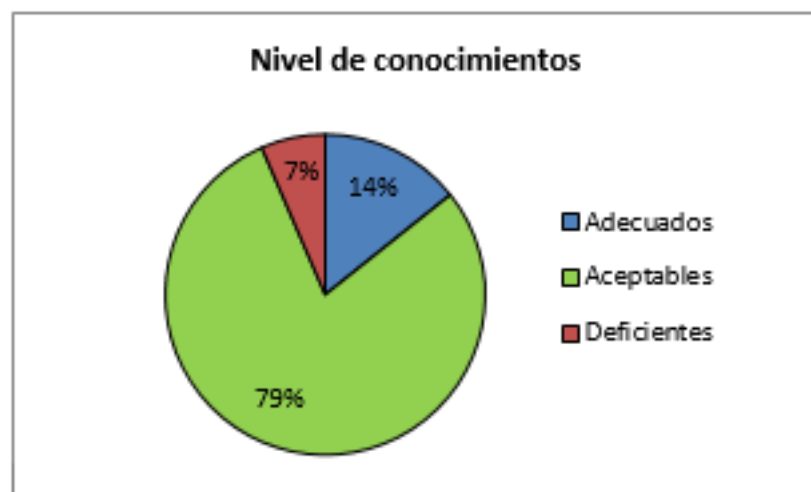


Figura 1. Nivel de conocimientos de los padres para brindar cuidado en casa.

De manera general, el nivel de conocimientos para brindar cuidado en casa al RNP podría ser Aceptable, representado en el 79% de los padres, seguido de Adecuado, con un 14% y en menor proporción, el 7% quienes cuentan con un nivel Deficiente. Se encontró resultados diferentes en el estudio de Araque, Ariza y Valderrama (2013) cuando realizaron una evaluación preliminar sobre los conocimientos básicos de las madres respecto de las actividades del programa madre-canguro (PMC), hallando total falta de conocimiento estructurado sobre los ítems básicos de posición del niño, contacto piel a piel, alimentación, manejo del oxígeno, evaluación de la temperatura y respiración, signos de alarma y beneficios del PMC.

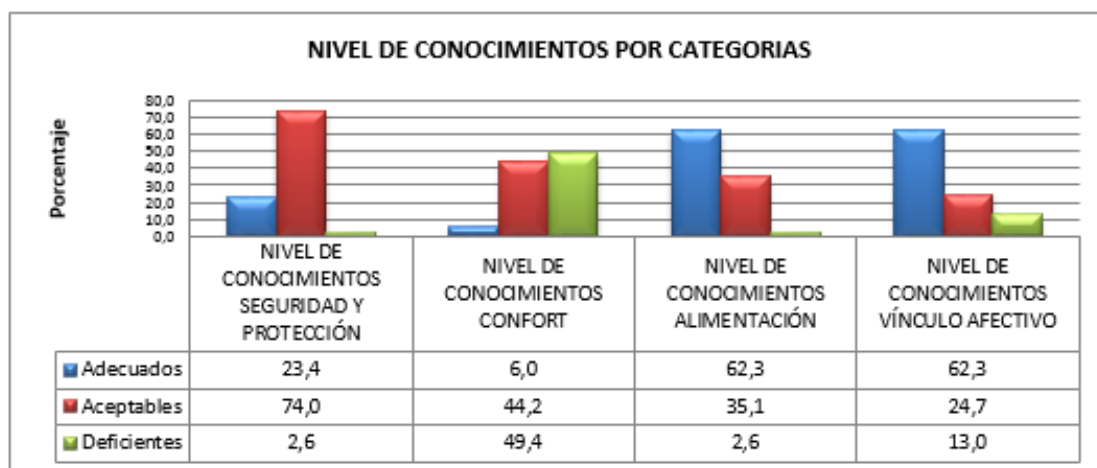


Figura 2. Nivel de conocimientos por categorías.

De acuerdo con el nivel de conocimientos por categorías, los padres pueden tener satisfactorios conocimientos al obtener puntajes clasificados como adecuados y aceptables, en mayor proporción en las categorías de seguridad y protección (97.4%), alimentación (97.4%) y vínculo afectivo (87%). En la categoría relacionada con los conocimientos sobre el confort del RNP en casa, se evidenció que puede haber un déficit en casi la mitad de los padres (49.4%).

4. Discusión

4.1 Caracterización Sociodemográfica

La mujer, como el género que predominó en el estudio, mostró la presencia de las madres como cuidadoras principales que asistían y permanecían mayor tiempo con sus hijos. No obstante, del bajo porcentaje de los hombres se rescata su acercamiento al cuidado de sus hijos mientras estos se encontraban hospitalizados, máxime si se tiene en cuenta algunos factores sociales, culturales y económicos condicionantes de la sociedad, donde se acepta y es 'normal' que sea la mujer quien se dedique directamente a la crianza de los hijos, mientras el hombre se encarga de la solvencia económica para el sostenimiento del hogar.

El estudio elaborado por Martínez, Fonseca y Scochi (2007) sobre la vivencia paterna en una unidad de terapia intensiva pediátrica, demuestra que el padre, al participar del cuidado del hijo hospitalizado con cardiopatías congénitas, vivía esa experiencia percibiéndose como tomador de decisión, en el papel de apoyador de la esposa e hijo, e intentando conciliar esa vivencia con su labor cotidiana en el trabajo. Esos significados reflejaban su papel en la sociedad, como el de poseedor del poder y proveedor de la familia.

Otro estudio de objetivo similar pero con hallazgos opuestos, realizado por Gallegos, Reyes-Hernández y Scochi (2013) evidenció que los padres varones vivencian distinción por género por parte del equipo de salud; ellos mismos se perciben como poco importantes en la participación, y ven sólo a la madre como la parte central del cuidado del hijo enfermo, considerándose además como vehículo de infecciones.

En el estudio, la prematuridad se presentó indistintamente en padres de diferentes edades, siendo la etapa de 19 a 29 años la más representativa, etapa donde el ser humano se consolida como un adulto joven. Teniendo en cuenta los aspectos del desarrollo personal y sociocultural característicos de esta etapa, se puede afirmar que los padres han alcanzado un nivel mayor de autonomía, productividad y responsabilidad en el desarrollo de sus actividades, lo que puede facilitar al enfermero(a), promover el desempeño eficaz en su nuevo rol de padres con intervenciones educativas que llenen las brechas de conocimientos sobre los cuidados del RNP, una vez les delega la función de cuidadores en casa. Estos datos son comparables con lo encontrado por Rossel et al., (2002) donde las madres encuestadas fueron principalmente -60%- mujeres jóvenes de un rango de edad de 20 a 30 años y donde se encontró además, una significancia estadística entre esta variable y el nivel de competencias de autocuidado materno.

Según la norma técnica nacional de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, la edad de los padres es una condición determinante en la preservación de la salud de los niños que, aunado con otros aspectos como el nivel de estudio, oficio y empleo, se convierten en factores de riesgo que pueden influir positiva o negativamente en el proceso de crecimiento y desarrollo infantil.

El estado civil de unión libre y casado(a) evidenció que los padres tenían algún tipo de apoyo por parte de su pareja para llevar a cabo la labor del cuidado del recién nacido en casa; así, ese acompañamiento del que dispone la pareja para la crianza es un factor protector muy importante tanto para la madre como cuidadora principal, como para el niño. Araque et al., (2013) afirmaron que el apoyo cercano de la familia permite que el recién nacido tenga mayores elementos de apoyo como el cariño, apego, continuidad y estimulación, que le favorecen en su salud mental y emocional. Así mismo, Castiblanco y Muñoz (2010), en su investigación establecieron que el camino hacia la adaptación materna para cuidar al RNP en el hogar, incluye los cuidados maternos, donde el estar acompañada representa confiar en las abuelas, creer en las experiencias de las hermanas, recibir el apoyo institucional y el apoyo del compañero.

Dentro del contexto social del padre se considera a la familia como un soporte transcendental para la descarga del cuidado del RNP en el hogar, como bien lo expresaron Ferreira y De Souza (2012) al afirmar que el apoyo dado por la familia a la madre se convierte en un factor diferenciador para su asistencia, ya que ayuda a minimizar las dificultades en la atención a las necesidades del bebé prematuro y genera el intercambio de sentimientos de satisfacción con la presencia del niño en el hogar.

El antecedente del número de hijos puede implicar de cierta manera un mejor conocimiento de los cuidados, ya que con cada nacimiento se va desarrollando más experticia en cuanto al nivel de conocimiento y habilidad, que facilitan de cierta manera el cuidado del nuevo nacimiento prematuro, para identificar y responder de forma temprana a las necesidades del niño. Aunque, en algunas ocasiones esta premisa puede ser contradictoria, como se evidenció en el estudio de Araque et al. (2013) al reportar que de 232 madres que han pertenecido al PMC, el 50% eran multíparas y de éstas, más de la mitad -65,9%- no cumplían con algún componente del programa, frente a 100 primíparas en quienes sólo el 34.1% incumplía.

De acuerdo con González et al., (2012) ninguna pareja, ninguna madre está preparada para tener un hijo que nace demasiado pequeño o demasiado inmaduro; la situación resulta muy estresante y más aún cuando los bebés tienen que ser hospitalizados, por lo cual se necesita que la relación entre madre y enfermera(o) en la UCI Neonatal (UCIN), se dé en un ambiente de confianza y comunicación que permita comprender los sentimientos y necesidades de conocimientos de la madre sobre la situación de salud de su hijo. Así mismo, Moreno y Ospina (2013) determinaron en su estudio que la experiencia de ser madre de un recién nacido en la UCIN es sentimentalmente único en la vida de cada mujer, sin importar la paridad. La comprensión del proceso de convertirse en madres de las mujeres primerizas y multíparas permite reconocer que dicho proceso se instaura como una transición, donde la paridad no guarda relación específica, pues las madres, al experimentar la separación y hospitalización como una experiencia nueva en sus vidas, se perciben como mujeres frente a un nuevo nacimiento, donde asumen un rol desde la situación de salud de su hijo, en un entorno desconocido y nunca antes vivenciado.

4.2 Nivel de conocimientos

El nivel de conocimiento -en una escala general- para brindar cuidado en casa encontrado en el presente estudio, puede ser un indicador de que los niños están bajo el cuidado de unos padres que cuentan con adecuadas herramientas cognitivas para ejercer su función de cuidadores en el hogar. Factores hallados como la edad de los padres, el estado civil, la ocupación de las madres, y sumado a ello la estrategia que desarrolla la institución de salud como el plan canguro, pueden ser influyentes positivos en la obtención de estos resultados.

Otro aspecto a considerar en la adquisición de los conocimientos para el cuidado en casa es el carácter innegable, genuino y bondadoso propio de la mujer cuando se convierte en madre, vivenciado por el amor maternal que la inspira para afrontar y aprender de los cuidados que su hijo necesita, como se evidenció en el trabajo de Pava (2013) donde las madres, además de brindar cuidados congruentes con su cultura, consideraban la práctica de cuidado de su hijo como “algo mágico y bello” (p. 123). Para ellas y la familia, lo aprendido en la institución a través de enfermería orienta el cuidado en casa y tiene mayor influencia sobre el conocimiento tradicional, siendo éste último reconocido por las madres, pero son cuidadoras y tímidas en su realización, pues las características del niño prematuro o de bajo peso implican prácticas de cuidado especial y coherentes con las prácticas de cuidado profesional que aprendieron de enfermería. En el estudio identificaron que el amor hacia su hijo estaba por encima de todos sus miedos y al observar los logros en el crecimiento y desarrollo de su bebé, esto les proporcionaba la fortaleza requerida para asumir el reto de cuidar a su hijo en casa (Pava, 2013), percepción que fue igualmente demostrada por Castiblanco y Muñoz (2010), quienes encontraron que para las madres, el tener un bebé prematuro significa lo más maravilloso del mundo y aunque el cuidado no era fácil, ellas lo asimilaban con mucha paciencia, valentía y fortaleza y estaban convencidas de que la recuperación de su hijo prematuro sería más rápida en sus propios hogares.

De acuerdo con el nivel de conocimientos por categorías, los padres presentaron puntuaciones óptimas en las categorías de seguridad y protección, alimentación y vínculo afectivo. En la categoría relacionada con los conocimientos sobre el confort del RNP en casa se evidenció un déficit en casi la mitad de ellos.

En la categoría de cuidados de seguridad y protección, sobresalen los conocimientos que los padres tienen acerca de actividades básicas como el control del ruido y la luz ambiental, el cuidado postural, la termorregulación corporal, los signos de alarma, el manejo de la medicación y las medidas para la prevención

de infecciones y riesgos para la salud del niño(a). En la categoría de cuidados con la alimentación, los conocimientos satisfactorios que presentaron los padres estaban relacionados con las prácticas adecuadas de la lactancia materna y las medidas de vigilancia para llevar a cabo la lactancia materna segura como soporte nutricional principal del RNP y/o de bajo peso.

En cuanto al vínculo afectivo presentado en altos puntajes por los padres del presente estudio, éste se contrastó con el estudio realizado por Rossel et al., (2002), llamando la atención lo allí encontrado, pues se evidenció que una de las dificultades experimentadas especialmente por las madres de prematuros es la incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo. De acuerdo con ese estudio, en la primera semana de vida, el 30% de ellas refiere estar incapacitada para tomar contacto inmediato con su bebé posterior al parto, sea por la prematuridad y labilidad de éste o por sus propias condiciones de salud. Ello hace imposible el apego, el inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y dificulta las visitas posteriores; un 18% de las madres no logra ver ni tocar a su bebé antes del tercer día de vida (Rossel et al., 2002). Sin embargo, el vínculo afectivo se va consolidando a medida que avanza el tiempo de la hospitalización del hijo mediante la participación de los padres en los cuidados, pero ésta requiere de un proceso de preparación. Gallegos et al., (2013) afirmaron que el cuidado proporcionado por la madre en la Unidad Neonatal (UN) está ligado a un proceso de entrenamiento, formal o informal; ella aprende sobre los cuidados, en especial la alimentación, y según el estado clínico del hijo, hace algunos cuidados especiales que utilizará una vez estén en el domicilio, siendo el entrenamiento, mediado principalmente por la enfermera.

Los resultados encontrados en la categoría de Confort muestran la necesidad de ahondar un poco más este aspecto en las actividades de educación que ofrece el profesional de enfermería, teniendo en cuenta que la condición de prematuridad exige que el niño permanezca en un estado de comodidad y tranquilidad apropiado para mantener la integridad de su neurodesarrollo en acciones rutinarias como permitirle el sueño, practicar una mínima manipulación y garantizar que la posición canguro en casa sea adecuada.

Los hallazgos en el nivel de conocimiento a escala general y de manera específica en las cuatro categorías, permiten evaluar el alcance de las acciones dirigidas por el equipo de salud hacia los padres, que favorecen el vínculo con sus hijos desde el inicio de la hospitalización, como sucede cuando se mezcla las intervenciones de los programas como el PMC con el cuidado biomédico del niño en una UCI o de intermedio neonatal, que facilitan el contacto directo del padre con el hijo al promover un acercamiento afectivo y a su vez, proveerle la oportunidad de empoderar su rol como cuidador. Según Ferreira y De Souza (2012), la preparación dinámica de la madre para el cuidado de los bebés prematuros en la UN, se ve favorecida por el desempeño de los profesionales de enfermería involucrados en su cuidado, reconocidos por ellas como facilitadores de su formación para cuidar del bebé prematuro en casa.

Por otro lado, Araque et al., (2013), antes de llevar a cabo una intervención educativa con 10 madres participantes, encontraron que ninguna de ellas tenía conocimientos de cómo medir la temperatura, y por qué era importante conocer cómo respiraba el bebé; cinco sabían los signos de alarma y conocían los cuidados que debían tener cuando se les administraba la alimentación. De la misma manera, Hernández, Márquez, Alvarado y Cortés (2000), antes de aplicar una intervención educativa en el manejo del prematuro, evaluaron las competencias de autocuidado materno que incluían conocimientos sobre inmunizaciones, alimentación, higiene y factores de riesgo, encontrando que las competencias aumentaron significativamente en comparación con el nivel obtenido en su primera medición.

En el estudio de Pava (2013) las madres describieron que las prácticas de cuidado en el hogar estaban encaminadas a tener un hijo sano, ayudarlo en su desarrollo y fortalecer el amor madre/hijo; éstas estuvieron orientadas a evitar la enfermedad y proteger al bebé prematuro o de bajo peso de las agresiones externas que pudieran dañarlo, dada su condición de prematuridad o bajo peso; a la estimulación del niño para una maduración de sus áreas del desarrollo y a mantener el contacto piel a piel que fortalezca el vínculo afectivo y permita una interacción única entre la madre y el niño. Las prácticas culturales de tipo tradicional no fueron relevantes, pues predominó el cuidado del prematuro o niño de bajo peso fundamentado en el conocimiento científico transmitido por el profesional de enfermería, que la madre adquirió durante la hospitalización del niño(a) (Pava, 2013).

Castiblanco y Muñoz (2010) obtuvieron una apreciación de las madres sobre el cuidado del RNP en el hogar, clasificando como cuidado básico a todas las actividades que no se puede dejar de hacer, como consentirlo, asearlo, mantener un cuidado especial como las actividades exclusivas de su condición y un cuidado extremo como la forma meticulosa de cuidarlo. Encontraron además, que el cuidado directo al recién nacido en el hogar constaba de ‘cangurear’, masajear, proteger al niño del frío, alimentarlo, mantener la higiene, conservar la protección del ambiente, dar amor, colocar oxígeno, entender las señales del niño, hallazgos que son similares con los aspectos contemplados en cada categoría del instrumento utilizado en la presente investigación.

De acuerdo con estos hallazgos, se infiere que la preparación de los padres para cuidar al RNP en el hogar debe ocurrir durante todo el periodo de transición del hospital al hogar, ya que es el momento que ofrece la posibilidad de desarrollar las habilidades y conocimientos específicos de los padres para el cuidado del bebé en casa (Ferreira y De Souza, 2009). Por lo tanto, determinar los conocimientos de los padres debe ser un aspecto incluyente dentro de todo el marco de preparación para el alta del RNP al hogar, por cuanto la enfermera debe respetar y conciliar el conocimiento de los sujetos de cuidados y aceptar que el conocimiento profesional no es el único que merece ser reconocido en el proceso de atención (Hernández et al., 2000).

Finalmente, indagar los conocimientos de los padres para el cuidado, evidencia el compromiso que enfermería adquiere con el otro durante todo el proceso de cuidado, donde su rol educativo es un eslabón importante en la proporción de la información necesaria para que las personas realicen su propio cuidado, y esto les genere la salud y el bienestar, lo cual se corrobora con lo planteado por Swanson (1993) quien definió el cuidado como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”, y el conocer como

...esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. (párr. 4).

5. Conclusiones

Según la caracterización sociodemográfica de los padres, se encontró mayor representación del sexo femenino, pertenecientes al rango de edad de 19 a 29 años con un promedio de edad de 26,5 años, con niveles socioeconómicos de 1 y 2; en el estado civil destacaron las parejas de unión libre y casadas; alrededor de la mitad de los padres se dedicaban al hogar, con un nivel de escolaridad de secundaria completa; un porcentaje significativo habitaba en el área urbana y más de la mitad de estos padres ya cuentan con el antecedente haber tenido más de un hijo(a).

De manera general, el nivel de conocimientos para brindar cuidado en casa al RNP podría ser adecuado y aceptable; una pequeña proporción cuenta con un nivel deficiente, lo cual determina que los padres contarían con satisfactorias herramientas cognitivas para ejercer su función de cuidadores en el hogar. Factores hallados como la edad de los padres, el estado civil, la ocupación de las madres, y sumado a la estrategia que desarrolla la institución de salud como el plan canguro, pueden ser influyentes de manera positiva en la obtención de estos resultados.

De acuerdo con el nivel de conocimientos por categorías, los padres tendrían satisfactorios conocimientos al obtener puntajes clasificados como adecuados y aceptables, evidenciados en mayor proporción para las categorías de seguridad y protección, alimentación y vínculo afectivo. En la categoría relacionada con los conocimientos sobre confort del recién nacido en casa, se encontró que podría haber un déficit en casi la mitad de los padres.

Los conocimientos de los padres para cuidar al recién nacido en casa requieren de un acompañamiento y un proceso educativo liderado por Enfermería de forma permanente y recíproca, para otorgar la seguridad y confianza a las acciones que estos padres realizan de forma autónoma e independiente, ayudando a mitigar los miedos y dudas que puedan perturbar su bienestar.

Referencias

- Araque, S., Ariza N. y Valderrama, M. (2013). Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia. *Revista Cuidarte* 4(1), 467-474.
- Barbosa, M., Pinto, M., Ribeiro, K. y Moura, D. (2011). Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(6).
- Castiblanco, N. y Muñoz, L. (2010). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en Enfermería* 29(1).
- Corba, J., Garavito, D. y Medina, A. (2010). Participación de los padres, durante su visita diaria, en el cuidado básico de su hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidado intensivo Pediátrico del Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca. Universidad de La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3835/132290.pdf?sequence=1>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2010). Dirección de Censos y Demografía –DCD, Coordinación de Demografía. Ficha Técnica. Revisión y Actualización de las estimaciones y proyecciones de población, periodo 1985-2020. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha_Estimaciones_Proyecciones_85_2020.pdf
- Ferreira, F. y De Souza, N. (2009). Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 13(4), 886-891.
- (2012). Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 65(1).
- Gallegos, J., Reyes-Hernández, J. y Scochi, C. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21(6), 1360-1366.
- González, D., Ballesteros, N. y Serrano, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado* 1(1), 43-53.
- Guio, M., López, C. y Vega, L. (2007). Vinculación de los padres al cuidado del recién nacido hospitalizado en la sala de cuidado intermedio neonatal de la clínica country. Universidad de La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2415/121872.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, M., Márquez, R., Alvarado, B. y Cortés, E. (2000). Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. *Revista Enfermagem IMSS* 2000 8(1), 21-25.
- Instituto Departamental de Salud. (2010). Análisis de situación de salud (ASIS) en municipios de frontera. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-de-Salud-en-municipios-de-frontera-Departamento-Norte-Santander.pdf>
- Martínez, J., Fonseca, L. y Scochi, C. (2007). Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(2), 239-246.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>.
- Moreno, C. y Ospina, A. (2013). Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto (Tesis de Maestría). Colombia: Universidad de La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/8493>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Recuperado de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
- (2014). Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva N° 178. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

- (2015). Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Recuperado de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/
- Parra, F., Moncada, Z., Oviedo, S. y Marquina, M. (2009). Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Revista Index de Enfermería* 18(1).
- Pava, C. (2013). Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar (Tesis de Maestría). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/11155/1/539568.2013.pdf>
- Premji, S., Young, M., Rogers, C. & Reilly, S. (2012). Transitions in the early-life of late preterm infants: vulnerabilities and implications for postpartum care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 26(2), 111.
- Riaño, R., Vargas, L. y Ruiz, C. (2012). Estrategia educativa para el cuidado en casa de los recién nacidos que egresan de los servicios de ginecoobstetricia y unidad de recién nacidos del Hospital Regional Sogamoso E.S.E II Nivel de atención. Universidad de La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/3854?show=full>
- Rossel, K., Carreño, T. y Maldonado, M. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Revista chilena de pediatría* 73(1), 15-21.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Magazine Image, Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357.

Capacidades humanas universales en estudiantes de Enfermería para cuidar comprensivamente a padres de niños hospitalizados

Ruth Natalia Riaño Niño¹

Resumen

El cuidado de Enfermería dirigido a padres de niños hospitalizados en servicios de baja y mediana complejidad es un tema poco abordado que requiere especial énfasis en razón al escaso reconocimiento de la unidad que conforman padres e hijos y de la relación de reciprocidad que debe existir en el bienestar de cada uno de ellos, lo cual se convirtió en la razón para el presente estudio, con el objetivo de desarrollar las capacidades humanas universales contempladas en la teoría de Travelbee para cuidar comprensivamente a los padres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría.

La investigación fue de tipo cualitativo, en donde se planeó y ejecutó una estrategia educativa dirigida a los estudiantes de V semestre de Enfermería, desarrollada en 3 sesiones participativas y analíticas: a través del estudio de la teoría, el análisis de la experiencia de una enfermera y la reflexión de una película. Posteriormente se realizó un análisis de contenido a las situaciones de enfermería que redactaron los estudiantes como producto de su experiencia práctica, dando como resultado, una participación activa en las diferentes sesiones planeadas, lo cual permitió re-significar el concepto de las capacidades humanas universales y fundamentar teóricamente el cuidado comprensivo de Enfermería.

La situación de Enfermería como fuente de conocimiento disciplinar permitió evidenciar el desarrollo de estas capacidades, siendo 'Afrontar la realidad' la más identificada, seguida por 'Aptitud para amar' y 'Descubrir un propósito de la vida'. El cuidado comprensivo logró un impacto positivo en los padres, tal como se evidenció en la cartilla *Memorias del cuidado pediátrico*.

Palabras clave: Padres, niños hospitalizados, educación, teoría de enfermería, estudiantes de enfermería.

Universal human capabilities in nursing students to take care in a comprehensive way of parents with children hospitalized

Abstract

Nursing care for parents whose children are admitted to hospital services of low and medium complexity is a subject little discussed that requires special emphasis due to the limited recognition of the bond of unity that make parents and children and the reciprocal relationship that should exist in the being of each of them, which became the reason for this study, with the aim of developing the universal human capacity referred to in Travelbee theory to comprehensively care for parents of children hospitalized at the Service of Pediatric.

The research was qualitative, where it was planned and executed an educational strategy aimed at students of V semester of Nursing, developed in 3 participatory and analytical sessions: through the study of theory, the analysis of the experience of a nurse and the reflexion of a movie. Subsequently a content analysis to situations of nursing drafted by students as a result of practical experience was conducted, resulting in an active participation in the various sessions planned, allowing new meaning to the concept of universal human capacities and establish theoretically the comprehensive nursing care.

¹ Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico, Universidad de La Sabana; Magíster en Enfermería, Universidad de La Sabana. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: ruth.riano@uptc.edu.co

The situation of Nursing as a source of disciplinary knowledge allowed evidence the development of these capabilities, being 'Facing the Facts' the most identified, followed by 'Ability to love' and 'Discover a purpose in life'. The comprehensive care had a positive impact on parents, as evidenced in the book *Memories of pediatric care*.

Key words: Parents, hospitalized children, education, nursing, nursing students.

1. Introducción

La hospitalización del niño(a) supone una crisis en el sistema familiar, especialmente en los padres, quienes vivencian directamente todo lo que esta situación conlleva. Para el personal de salud que labora en los servicios pediátricos, el cuidado y atención dirigida al niño(a) es prioritario; sin embargo, el reconocimiento y satisfacción de las necesidades de cuidado en los padres de niños hospitalizados en servicios de baja y mediana complejidad, es mínimo. Lo anterior es evidente cuando se realiza una revisión de la literatura y se encuentra que en enfermería se ha priorizado el estudio de este tema sólo en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico (UCIN-UCIP).

En una investigación realizada en el año 2006 acerca del estilo de comunicación que establece la enfermera, según la opinión de 41 padres de niños quemados en un hospital peruano, se concluyó que para la dimensión no verbal existe una tendencia de 'Medianamente favorable' a 'Desfavorable' y está dada por cuanto la enfermera algunas veces ignora a los padres cuando preguntan por su niño, cuando no dirige la mirada hacia quien le está hablando, cuando hace gestos desagradables, que le dan a entender al familiar que la enfermera no le presta atención; así mismo cuando reniega porque el familiar no comprende lo que se le informa (Ludeña, 2006).

A su vez, González, Ferrer, Agudo y Medina (2011) presentan en su estudio varios resultados que pueden ser extrapolados al contexto de hospitalización de baja y mediana complejidad, en tanto que la enfermedad de un hijo representa crisis emocional para sus padres, independientemente de la severidad. Algunas de las conclusiones más importantes del estudio hacen referencia a que los padres y familiares se mantienen en un segundo plano; no se suele tener en cuenta los conocimientos que tienen acerca de su hijo y la forma de afrontar la enfermedad. Los padres tienen dificultad para expresar lo que piensan y sienten, y para verbalizar sus dudas y miedos; la mayoría de los profesionales temen trabajar en presencia de los padres y expresan su falta de formación para ocuparse de sus tareas, mientras ellos están presentes; los padres requieren apoyo y ayuda de los profesionales para poder cumplir con su papel de padres, afrontando la situación crítica, aportando apoyo afectivo y emocional a sus hijos, participando en su cuidado y recuperación (González et al., 2011).

Los hallazgos y conclusiones de las investigaciones citadas ratifican la importancia que debe tener en la formación de los profesionales de Enfermería, el cuidado orientado a los padres, reconociendo la unidad que conforman con sus hijos y la reciprocidad del bienestar en cada uno de ellos. Las principales debilidades en el momento de reconocer a los padres como sujetos receptores de cuidado durante la hospitalización de sus hijos, radica en temas relacionados con la comunicación, empatía y comprensión, entre otros (Días y Santana, 2011; Rivera, L. y Triana, 2007).

La Enfermería cuenta con diversos enfoques epistemológicos que permiten abordar la problemática expuesta; uno de ellos es el de Joyce Travelbee (1979) quien a través de la teoría de la relación persona-persona, brinda herramientas importantes y significativas para motivar al estudiante de Enfermería en el reconocimiento de sí como ser cuidador y definir el propósito de su cuidado en la comprensión de la situación que viven los padres, y a partir de ella establecer una relación de ayuda efectiva.

Travelbee (1979) afirma que los criterios para definir la salud mental son relativos, no estáticos ni universales y que no constituyen solamente algo que la persona posee sino algo que la persona es, como lo demuestran ciertos comportamientos y actitudes que la teórica ha denominado 'Capacidades Humanas Universales' que distinguen lo humano, y desde esta perspectiva fundamentan la salud física y la salud mental; éstas son: la aptitud para amar y la capacidad para enfrentar la realidad y descubrir un propósito o sentido en la vida.

Con el fin de desarrollar estas capacidades humanas universales como sustento del cuidado comprensivo de Enfermería, se elabora una estrategia educativa dirigida a los estudiantes de V Semestre del espacio de Formación Niño de una universidad pública de Colombia, utilizando didácticas como el análisis de la teoría, una película y la experiencia de una enfermera. A través de la estrategia se pretende favorecer la reflexión y el análisis de los pensamientos, sentimientos y emociones de los estudiantes al cuidar comprensivamente a los padres, durante su práctica en el Servicio de Pediatría de un Hospital Público de Tercer nivel de complejidad.

Por último, para conocer sus experiencias en torno al objetivo propuesto, se orienta la redacción de una situación de Enfermería que posteriormente es analizada, logrando identificar las capacidades humanas universales desarrolladas; así mismo se elabora una cartilla denominada “Memorias del cuidado pediátrico” en donde se consigna, previo consentimiento informado, las experiencias de los padres al recibir cuidado por parte de estos estudiantes.

2. Metodología

La estrategia educativa fue dirigida a 19 estudiantes de V semestre; se planeó tres sesiones participativas y analíticas para ser desarrolladas en pequeños grupos de 6 estudiantes; las actividades desarrolladas en cada sesión fueron: -Conociendo la teoría de Travelbee, -Cine-foro de la película ‘Declaración de guerra’ y -Análisis de la experiencia de una enfermera.

Posterior a esto los estudiantes tuvieron la oportunidad de poner en práctica todo lo reflexionado acerca de las capacidades humanas universales como insumo para cuidar comprensivamente a los padres de los niños hospitalizados; luego plasmaron su experiencia en una situación de Enfermería elaborada, teniendo como guía el Capítulo 1 del libro *La situación de Enfermería: fuente y contexto del conocimiento de Enfermería. La narrativa como medio para comunicarla* (Gutiérrez y Gómez, 2011). Por último se realizó un análisis de contenido a cada una de las situaciones, con el fin de identificar las capacidades humanas desarrolladas.

Para conocer la experiencia de los padres al recibir este cuidado, se elaboró una cartilla denominada “Memorias del cuidado pediátrico” en donde previa firma de un consentimiento informado, los padres plasmaron su experiencia, bien en forma escrita o grabada, para ser transcrita posteriormente.

Los aspectos éticos que respaldan el rigor metodológico son: la confidencialidad de la información recolectada, la privacidad de la identidad de los participantes, el respeto a su autonomía, y el uso de la información sólo con fines académicos e investigativos.

3. Resultados

Los hallazgos de cada una de las sesiones planeadas fueron los siguientes:

Sesión 1. Conociendo la teoría de Travelbee, el objetivo fue socializar el concepto de cuidado comprensivo y las capacidades humanas universales contempladas en la teoría a través del estudio del artículo de revisión “Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento para la enseñanza de Enfermería” (Rivera, M., 2003). Las conclusiones más relevantes del análisis y discusión realizado por los estudiantes son: “El desarrollar estas capacidades nos ayuda a dar un cuidado más humano”, “Si yo soy el principal elemento de cuidado, tengo que trabajar primero en mí”, “En la aptitud para amar, lo que más me gustó fue el concepto de trascendencia; me pareció interesante porque se trata de eso: de poderle brindar algo a la otra persona sin esperar nada a cambio”, “La aptitud para amar es todo lo contrario a la indiferencia, que es muchas veces lo que vemos en el cuidado a los padres”.

Sesión 2. Cine-foro película ‘Declaración de guerra’ (Donzelli, 2011). Sinopsis: cuenta una esperanzadora historia de amor a través de la lucha de una joven pareja, Romeo y Juliette, para superar la enfermedad de su hijo, Adam. Dos enamorados despreocupados, nada preparados para la guerra, se sorprenderán ante su capacidad de lucha y de convertirse en héroes a su pesar. El objetivo fue favorecer la reflexión y el análisis de los pensamientos, sentimientos y emociones de los estudiantes al conocer la realidad de los padres, más allá de lo que simplemente se puede percibir en el ambiente hospitalario.

A continuación una de las reflexiones más significativas:

La película es muy reflexiva ya que nos permite ver cómo los padres se ven afectados ante la enfermedad de un hijo, y cómo todo el personal de salud se olvida de ellos en el proceso salud-enfermedad de los niños.

Es una película que nos ayuda a reflexionar sobre el cuidado de los padres, pues ellos también necesitan ser cuidados, al igual que sus hijos, y más en los procesos como el que nos muestra la película.

Es una película que deja muchos sentimientos y emociones como la tristeza ante la enfermedad del niño y se transmite la angustia de los padres al conocer la noticia, y más cuando es el cáncer de un hijo; en la película se experimenta varias emociones: alegría, tristeza, angustia.

Además nos deja una enseñanza muy valiosa, ya que al cuidar niños olvidamos que también hay unos padres que necesitan ser cuidados, y desafortunadamente los dejamos a un lado, sin ver que ellos son los más afectados; así que la lección que nos deja es el deber que tenemos al cuidar a los niños y es el de cuidar a los padres.

Sesión 3. Análisis de la experiencia de una enfermera. El objetivo fue favorecer la reflexión y análisis de los pensamientos, sentimientos y emociones de los estudiantes al conocer la experiencia de una enfermera al cuidar a los padres de una niña en inminencia de muerte en la UCIP. Esta situación se obtuvo a partir del trabajo “Cuidado Intersubjetivo de Enfermería a padres de una niña en inminencia de muerte. Estudio de caso” (Riaño y Villarraga, 2014). Algunos estudiantes resaltaron la importancia que tuvo la enfermera en la vida de estos padres que pasaban por un momento tan doloroso, y cómo ella, a pesar de no estar asignada a esa niña, se involucró, siendo fundamental su apoyo y comprensión. También manifestaron su agrado al tener la oportunidad de enfrentarse a la problemática de la muerte infantil, tema que aún es considerado tabú y que tiene poco abordaje.

Al finalizar las sesiones, los estudiantes pusieron en práctica lo analizado, reflexionado y aprendido en el cuidado orientado a los padres; sin embargo, éste es un proceso personal del cual la voluntad es el principal elemento, por lo tanto en algunos estudiantes se logró el objetivo propuesto y en otros no.

De los 19 estudiantes participantes, sólo 16 elaboraron la situación de enfermería. Luego del análisis de contenido se seleccionó 12, al ser consideradas de calidad y profundidad, logrando evidenciar el desarrollo de las capacidades humanas universales, de las cuales ‘Afrontar la realidad’ fue la más identificada, seguida por ‘Aptitud para amar’ y ‘Descubrir un propósito de la vida’.

Conocer la experiencia de los padres al recibir cuidado por parte de estos estudiantes, es otro aspecto importante que permitió evidenciar el desarrollo de estas capacidades; para ello se elaboró una cartilla denominada “Memorias del Cuidado Pediátrico” en donde, previa firma de un consentimiento informado, algunos padres escribieron sus comentarios; otros prefirieron ser grabados para luego transcribir este contenido a la cartilla.

A continuación se presenta apartes de algunas experiencias de los padres:

Experiencia Padres 1(EP1): Los estudiantes me han explicado todo lo que está pasando, especialmente con mi hija, porque eso es lo único importante que necesito saber. En cuanto al trato, han sido muy buenas personas; me han tenido siempre en cuenta.

EP2: Yo siento que se interesan no sólo por los niños sino también por nosotros; en este momento estamos enfrentando una situación terrible ya que no es fácil ver a tu hija sufriendo.

EP3: También doy gracias por ser tan atentos; también con mi persona, ya que no descuidan a los padres en este momento tan difícil.

EP4: Pues yo estoy muy agradecida con los estudiantes, porque están muy pendientes de mi bebé y me la quieren y me la consienten; también me despejan muchas dudas acerca del estado de mi hija y eso me hace sentir más segura.

EP5: Bueno, muy contento del trato y comprensión de los alumnos de Enfermería para con los pacientes y padres de familia, teniendo en cuenta la dedicación de ellos para con los pacientes.

EP6: Me parecen unas personas idóneas y que tienen el carisma que se necesita para esa atención; ojalá estas actividades sean continuas y no se acaben, ya que son de buena calidad; deberían realizarse constantemente ya que en las noches también se requiere de esta atención.

4. Discusión

La revisión de la literatura permite evidenciar que las debilidades más notorias cuando se trata de reconocer a los padres como sujetos que también requieren cuidado durante la hospitalización de sus hijos, está en los aspectos relacionados con la comunicación, empatía y comprensión, entre otros. (Dias y Santana, 2011; Rivera y Triana, 2007).

Dentro de los variados enfoques epistemológicos con los que se cuenta en Enfermería para abordar la problemática expuesta, uno de los más efectivos es el de Joyce Travelbee (1979), el cual, basado en la teoría de la relación persona-persona, proporciona herramientas valiosas para motivar al estudiante de Enfermería en el reconocimiento de sí como ser cuidador, para comprender la situación que viven los padres de los niños hospitalizados, y a partir de ella establecer una relación de ayuda efectiva (Rivera, M., 2003).

Las herramientas que ofrece la teoría son denominadas Capacidades Humanas Universales, consideradas un insumo para que la persona o familia a cuidar pueda enfrentar el dolor o el sufrimiento. Sin embargo, el profesional de enfermería debe trabajar primero en desarrollar estas capacidades en sí mismo, para poder apoyar a los demás en la óptima utilización de estos recursos.

Teniendo en cuenta los hallazgos del análisis de contenido de las situaciones de enfermería, se logró evidenciar que la capacidad humana más desarrollada fue la de enfrentar la realidad, referida a asumirla tal y como es, y no como quisiéramos que fuera; incluye aceptar las capacidades y limitaciones de la propia condición humana; es percibir la propia participación en las experiencias, discernir las situaciones sin necesidad de distorsionarlas para presentarlas “de modo favorable” a la propia conciencia. Aceptar que se está expuesto a emociones conflictivas y enfrentar las crisis es mejor que evitarlas, negarlas o deformarlas (Travelbee, 1979).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta capacidad humana adquiere dos connotaciones: una es la propia realidad en donde es conveniente reconocerse a sí mismo como ser humano cuidador, con fortalezas y debilidades; estar dispuesto a trabajar en ellas, saliendo de la zona de confort que en ocasiones orienta el cuidado a los padres, en donde por ansiedad, temor, angustia y desconocimiento de estrategias de acercamiento, se evita la interacción, comunicación y cuidado hacia ellos.

Enseguida, algunos de las experiencias más relevantes de los estudiantes:

Experiencia Estudiante 5 (EE5): Me sentía igual de nerviosa que el primer día; esta vez no tenía el apoyo de mi compañero, pero era un reto que quería asumir y que no me podía quedar imposible; hablar con esos papás era muy difícil para mí.

EE7: Volví a donde estaban mis compañeros y la profe, con los ojos aguados y el corazón arrugado; me dije a mí misma que no podía dejarme derrumbar, aunque la situación de este bebé y su mamá hacía ver mis problemas y dolores mínimos; tenía que seguir; había más niños en el servicio, que necesitaban sus medicamentos.

La otra connotación hace referencia a la realidad de los otros; esta capacidad refuerza la importancia de evitar los juzgamientos, preconceitos e incluso rumores que puede haber alrededor de las personas, con el fin de ofrecer un cuidado sin condiciones o restricciones.

EE1: Me di cuenta que para nosotros talvez sea más fácil juzgar a las personas, sin siquiera saber las circunstancias por las que pasaron las cosas.

EE4: Escuchar a los familiares nos da una perspectiva diferente de la realidad de las cosas.

EE10: Después de todo, pensé que es muy fácil escuchar los juzgamientos de otros y por ellos crearse preconceitos de lo que es para alguien el dolor y lo que se está sintiendo... era claro que la niña sí era consentida de sus papás, pero ¿quién no consiente a su hija si la ve en ese estado, quién no se apegas aún más si Dios le ha dado una segunda oportunidad?

La segunda capacidad más identificada fue la de amar; ésta hace referencia a la capacidad de amarse a sí mismo y a otros, buscando únicamente lo que es bueno para el ser amado; se caracteriza por la preocupación y compromiso; se expresa por hechos y no por palabras o planteamientos. Es un acto de voluntad y no de emociones; es la capacidad de preocuparse desinteresadamente por los demás y percibir a otros como individuos únicos; no debe confundirse con el hecho de que le gusten todas las personas; es posible trascender y amar a otros sin que necesariamente se gusten (Rivera, M., 2003).

EE1: Ya en la práctica asistencial, quería que Juan me fuera asignado para cuidarlo; hasta el momento sólo había podido verlo y acariciar su cabeza; en ninguno de esos días pude haber estado con él toda la mañana, pero eso no me impidió escaparme por ratos e ir a verlo, saludar a su mamá y preguntarle cómo se sentía, cómo estaba.

EE4: En realidad me sentí comprometido pues me pareció que la madre necesitaba desahogarse al hablar con alguien y así olvidar el ambiente que se vive en un hospital; entonces me quedé con ella dándole apoyo, fuerza y aliento.

EE5: Cuando entramos, la mamá estaba sentada en una silla, alejada de la cuna, pero nosotros nos acercamos, nos presentamos y le dijimos que los íbamos a acompañar durante la mañana, que cualquier cosa que necesitara, estaríamos allí para ayudarla.

La tercera capacidad más identificada fue 'Descubrir un propósito o sentido de la vida'. Travelbee (citada por Rivera, M. 2003) la define como la capacidad de identificarse como persona, como ser humano único. Para efectos del presente trabajo se tuvo en cuenta como propósito, el proyecto de vida que han emprendido los estudiantes a convertirse en enfermeras(os). En esta capacidad se reflexiona acerca de la necesidad de encontrar una dirección y un propósito para vivir la Enfermería; no para existir simplemente como un enfermero más. Una filosofía de la vida debería incluir el descubrimiento del sentido y propósito de la vida; debe ser una filosofía operacional; no un sistema de convicciones abstractas (Rivera, M., 2003).

EE3: No pude evitar que se escurrieran algunas lágrimas; sentí que mi pequeña labor había sido fructífera y que cada vez más, aprecio y amo lo que hago como estudiante y lo que pienso hacer como profesional.

EE4: Fue muy grande mi satisfacción al ver a aquella mamá mucho más tranquila, y mucho más al saber que mis palabras y mi compañía la habían ayudado a estar mejor.

EE5: Todo esto me conmueve y me hace sentir que como profesional de Enfermería, se debe prestar un excelente servicio a la hora de cuidar a la niña S.J. y también a sus padres; esto es lo que hace la diferencia en nuestra profesión; estoy convencido que Enfermería siempre marca la diferencia.

Lograr que los estudiantes desarrollaran estas capacidades humanas permitió ofrecer cuidado comprensivo de enfermería. Lo anterior se pudo evidenciar cuando los padres manifestaron sentirse cuidados, escuchados, importantes, tranquilos y seguros durante el proceso de hospitalización de sus hijos.

5. Conclusiones

Hubo participación activa de los estudiantes en las diferentes sesiones planeadas, lo cual permitió re-significar el concepto de las capacidades humanas universales y fundamentar teóricamente el cuidado comprensivo de Enfermería.

La situación de Enfermería como fuente de conocimiento disciplinar permitió evidenciar el desarrollo de estas capacidades, siendo la de 'Afrontar la realidad' la más identificada, seguida por 'Aptitud para amar' y 'Descubrir un propósito de la vida'.

El cuidado comprensivo a los padres logró un impacto positivo en ellos, como se evidenció en la cartilla "Memorias del cuidado pediátrico"; ellos manifestaron sentirse cuidados, escuchados, importantes, tranquilos y seguros durante el difícil momento de la hospitalización de sus hijos.

6. Agradecimientos

A los estudiantes de V semestre de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, especialmente a Deisy Lizeth Cárdenas, Ángela Paola Cano, Diana Paola Salcedo y Miguel Sebastián Novoa, quienes fueron parte activa en la ejecución de la estrategia educativa.

Referencias

- Dias, E. y Santana, L. (2011). A subjetividade de enfermeiros expressando em arte o significado do cuidado à família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 253-260.
- Donzelli, V. (Productora), & Donzelli, V. (Directora). (2011). *Declaración de Guerra* [Película]. Francia: Wild Bunch Distribution / Rectangle Productions.
- González, P., Ferrer, V., Agudo, E. y Medina, J. (2011). Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. *Revista Index Enfermería*, 20(3), 151-154.
- Gutiérrez, E. y Gómez, O. (2011). *La situación de Enfermería: fuente y contexto del conocimiento de Enfermería. La narrativa como medio para comunicarla*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Ludeña, L. (2006). *Estilos de comunicación que establece la Enfermera según opinión de los padres de niños quemados del INSN* (Trabajo de grado). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Enfermería.
- Riaño, R. y Villarraga, L. (2014). Cuidado intersubjetivo de Enfermería a los padres de una niña en inminencia de muerte. *Revista Cuidarte*, 5(1), 644-651.
- Rivera, L. y Triana, A. (2007). Cuidado Humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Revista Actualizaciones en Enfermería*, 10(4), 15-21.
- Rivera, M. (2003). Teoría de la relación persona – persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 14, 95-111.
- Rivera, M. y Herrera, L. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de Enfermería. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 15, 158-163.
- Travelbee, J. (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona* (1ª. ed.). Cali, Colombia: Carvajal. OPS-OMS.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como apoyo social en el cuidado humano

Roosby Karina Gallardo Solarte¹

Vilma Tamara Ortiz Nievas²

Fanny Patricia Benavides Acosta³

Resumen

El proyecto hace parte del programa para disminuir la carga de la Enfermedad Crónica No trasmisible (ECN) en Colombia, realizado en unión temporal de las universidades Nacional de Colombia, de Ciencias Aplicadas y Ambientales, de Santander, y Mariana de la ciudad de Pasto (Nariño).

Uno de los objetivos del proyecto, relacionado con la utilidad que tienen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como apoyo para cuidadores y pacientes, es describir el nivel de apropiación de las TIC que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica asistentes a la Fundación Hospital San Pedro.

El estudio es de tipo cuantitativo pre experimental. La población corresponde a 178 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica asistentes a la Fundación Hospital San Pedro. La técnica utilizada fue la encuesta, utilizando el programa Excel. Los resultados permitieron evidenciar que el 72% de ellos no hacía uso de estas tecnologías, y el nivel de apoyo percibido con el uso de las TIC era bajo, con un 78%, lo cual lleva a concluir que su conocimiento en cuanto a manejo y uso de estas tecnologías está en un bajo rango, sobre todo cuando se trata de utilizar el computador, y con él, el internet.

Palabras clave: Cuidado, enfermería, crónico, apoyo social.

Information and Communication Technologies (ICT) as social support in human care

Abstract

The project is part of the program to reduce the burden of Chronic Non-communicable Diseases (CND) in Colombia, held in temporary union of the National University of Colombia (UN), University of Applied and Environmental Sciences (UDCA), Industrial University of Santander (UIS), and Mariana University of Pasto (Nariño).

One of the objectives of the project, related to the utility of the Information and Communications Technologies (ICT) as support for caregivers and patients, to describe the level of ownership of them with family caregivers of people with chronic illness attending the San Pedro Hospital Foundation.

The quantitative study is pre experimental. The population corresponds to 178 family caregivers of people with chronic attending the San Pedro Hospital Foundation. The technique used was a survey, using the Excel program. The results revealed that 72% of them did not make use of these technologies, and the level of support received by the use of ICT was low, with 78%, which leads to the conclusion that their knowledge regarding management and use of these technologies is in a low range, especially when it comes to using the computer, and with it, the Internet.

Key words: Care, nursing, chronic, social support.

¹ Magíster en Enfermería; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

² Magíster en Enfermería Materno Infantil, Universidad del Valle; Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad del Valle; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente Asistente e Investigadora, Universidad Mariana. Correo electrónico: tabata269@gmail.com

³ Especialista en Educación con énfasis en Pedagogía. Docente – Relación Docencia Servicio, Universidad Mariana. Correo electrónico: fannypatricia-BA@gmail.com

1. Introducción

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser permanentes, incurables, irreversibles, cíclicas, con periodos de remisión y recaídas, por exigir modificar el estilo de vida y por el impacto que generan no sólo en la persona que las tiene, sino en su contexto familiar y social (Barrera, Pinto, Sánchez, Carrillo y Chaparro 2010).

La persona asume la responsabilidad del cuidado de su ser querido, con desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico, que en este caso se convierte en la contribución de la investigación, porque no solamente se evidenció el estado de los cuidadores, sino también el efecto al recibir la intervención acerca de los vacíos que sentían. De igual forma, el proyecto está estrechamente relacionado con el quehacer de enfermería desde su objeto de estudio.

2. Metodología

Estudio de tipo cuantitativo pre experimental. La población corresponde a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica asistentes a la Fundación Hospital San Pedro. Para el cálculo de la muestra se tomó como criterios, un error tipo 1 alfa de 0.05, un error tipo 2 beta de 0.01, una cota superior de 30 y un delta de 9, al igual que, la estancia hospitalaria de 4 días. Con base en estos parámetros, el grupo total es de 178 cuidadores familiares. La técnica utilizada fue la encuesta, haciendo uso del programa Excel. El Análisis se llevó a cabo con frecuencias y porcentajes, incorporando estos datos en el programa Excel.

3. Resultados

En cuanto a si el paciente se apoya en el uso de las TIC para su cuidado, se encontró que el 72% no hacía uso de ellas; de igual manera, reportaron que el nivel de apoyo percibido con el uso de las mismas en el cuidado de su enfermedad, era bajo, con un 78%, ya que no encontraban en estos medios una cantidad de programas de salud que les permitiera educarse e informarse en cuanto a sus patologías.

De acuerdo con el nivel de conocimiento que tenían los cuidadores en cuanto a las TIC, se evidenció que los mayores porcentajes corresponden a televisión y radio, con un 47% respectivamente; el 40% refirió un valor alto en conocimiento relacionado con el teléfono y el 57% presentó un nivel bajo relacionado con el computador e internet.

A la par, pudo observarse que de acuerdo con la posibilidad de acceso a las TIC, la mayoría **de los cuidadores presentó** una alta posibilidad de acceso en cuanto a televisión, en un 46%, seguido de la radio en un 44% y el teléfono en un 36%; en cuanto a computador e internet, por el contrario, el 56% de los cuidadores manifestó baja posibilidad de acceso.

Al mismo tiempo se encontró que el 37% de la población tenía una frecuencia media en cuanto al uso de la televisión, y similar frecuencia respecto al uso de la radio con un 31%, contrapuesto al uso del computador, que presentó una baja frecuencia con un 51%, seguido del internet con un 49% y del teléfono con un 28%.

4. Discusión

En un estudio realizado por Curioso, Gozzer, Valderrama, Rodríguez-Abad, Villena, J. y Villena, A. (2009) en un hospital en el Perú se encontró que la mayoría de las personas entrevistadas (89.5%) nunca usaron computadores; ni correo electrónico (90%), ni internet (92.5). En cuanto al uso de las TIC en salud, la mayoría de participantes (91.5%) nunca ha realizado búsquedas de información de salud en internet, porque, según refieren, no saben usar el computador.

Actualmente la Web 2.0 permite que las asociaciones de pacientes tengan la posibilidad de crear espacios en donde no sólo se limiten a difundir información, sino también a construir conocimiento, en conjunto con los afectados por la enfermedad, sus familiares y el equipo de profesionales que regularmente los acompaña (Riaño, 2011).

5. Conclusiones

El conocimiento que los cuidadores manifiestan en cuanto al manejo y uso de las TIC está en un rango bajo, sobre todo en el uso del computador e internet, razón por la que se resalta la necesidad de trabajar con la población en temáticas relacionadas con el uso y manejo de estas tecnologías, para que éstas se conviertan en una herramienta de apoyo tanto personal como familiar, que les permita adquirir un mejor saber en cuanto al manejo de la patología, y así ejercer su rol de forma óptima en beneficio del receptor de su cuidado.

Referencias

- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo, G. y Chaparro, L. (2010). *Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Curioso, W., Gozzer, E., Valderrama, M., Rodríguez-Abad, J., Villena, J. y Villena, A. (2009). Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 26(2), 161-167
- Riaño, R. (2011). Uso de nuevas tecnologías en asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas de Bogotá. *Revista Salud.com* 7(25).

Bibliografía

- Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., PintoAfanador, N. y Sánchez, B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. *Aquichan* 6(1).
- Barrera-Ortiz, L., Carrillo-González, G., Chaparro-Díaz, L., Afanador, N. y Sánchez-Herrera, B. (2011). Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064*.

Programa para la disminución de la carga de la enfermedad crónica en Colombia. El cuidador ante todo persona

Fanny Patricia Benavides Acosta¹

Vilma Tamara Ortiz Nievas²

Roosby Karina Gallardo Solarte³

Resumen

En los hogares y en las instituciones de salud hay un aumento de las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECN), que son cada día más degenerativas por ser diagnosticadas en etapas avanzadas, por lo cual va aumentando la dependencia hacia otra persona denominada 'cuidador', que por lo general es un integrante con vínculo familiar, al cual todo el proceso de atención le genera un desgaste físico, psicológico y social, que en muchas ocasiones no es catalogado en igual grado de consideración que el del paciente, y al cuidador, que ante todo es una persona, su vida le da un giro de 360 grados.

La Metodología utilizada en el presente trabajo es Cuantitativa, de tipo pre-experimental con diseño de pruebas pre y post intervención, con el **objetivo** de: Determinar el efecto del programa "Cuidando a Cuidadores de personas con enfermedad crónica no transmisible que asisten a una institución clínica de San Juan de Pasto en el periodo enero - julio del 2014", lo cual dio como **Resultados**, que el cuidador primario o familiar debe estar apoyado por un equipo de salud como el de enfermería, que permite conocerlo desde su aspecto propio, por ser una persona que colabora con su disposición y conocimientos para su cuidado diario y a largo plazo en forma voluntaria, y con cariño genera alteraciones para su salud, cuando toda la responsabilidad recae sobre sí.

Palabras clave: Cuidador, habilidad del cuidado, sobrecarga.

Program for reducing the burden of chronic disease in Colombia The caregiver, a person first of all

Abstract

In homes and health institutions there is a rise of Chronic Non-communicable Diseases (CND), which are becoming increasingly degenerative by being diagnosed in advanced stages, increasing at the same time, dependence on another person called 'carer' which is usually a family member, to which all the care process generates a physical, psychological and social wear, which is not often valued in the same degree of consideration that the patient's, and the caregiver, who is primarily a person, changes his or her life drastically.

The methodology used in this study is quantitative, pre-experimental, with pre and post intervention design tests in order to determine the effect of the program named "Caring for caregivers of people with chronic non-communicable diseases attending an clinic institution in Pasto during the period from January to July 2014", demonstrating that the primary caregiver must be supported by a team of health as nursing, which allows knowing his or her particular appearance, by being a person who collaborates with the knowledge available for everyday and long-term care voluntarily, fondly generates changes to the health, and assumes all liability resulting.

Key words: Caregiver, ability to care, overload.

¹ Especialista en Educación con énfasis en Pedagogía. Docente – Relación Docencia Servicio, Universidad Mariana. Correo electrónico: fannypatriciaBA@gmail.com

² Magíster en Enfermería Materno Infantil, Universidad del Valle; Especialista en Enfermería Materno Perinatal, Universidad del Valle; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente Asistente e Investigadora, Universidad Mariana.

³ Magíster en Enfermería; Especialista en Docencia Universitaria; Enfermera. Docente, Universidad Mariana. Correo electrónico: karinagallardosolarte@gmail.com

1. Introducción

El cuidado debe tener participación humana y con ella, el cuidador desarrolla habilidades en la atención familiar y de sí mismo. Siempre ha existido el imaginario de 'cuidadora' en la dinámica familiar, atribuido generalmente a una mujer, por poseer habilidades para el cuidado de los miembros familiares, olvidando el reconocimiento como persona, con necesidad de ser escuchada al atravesar las consecuentes dificultades familiares, mentales, económicas y físicas que la enfermedad desencadena y que merecen atención, porque a pesar de no padecer ECN, es un resultado de éstas.

Reconocer al cuidador como persona permitió orientar al profesional de enfermería en la comprensión del otro, y brindar conocimiento para explorar las debilidades y potenciales humanas. Un ejemplo de esto es la dimensión de la comunicación y paciencia que se debe aprender con base en experiencias que necesitarán ser reforzadas para no entrar en sentimientos de desesperanza.

Con este proyecto se pretende contribuir con el cuidador familiar, quien muchas veces transforma su vida para asumir tareas de atención, con la salvedad de que debe cuidarse él primero, dado que su servicio genera estrés y sobrecarga que inciden en su calidad de vida.

Este proyecto es novedoso y en él se validó un modelo de atención específico para cuidadores de personas con ECN.

2. Metodología

Estudio de tipo cuantitativo pre experimental. La población corresponde a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica asistentes a una institución de salud de Nariño. Se escogió una muestra representativa de 153, a quienes se les aplicó el instrumento de habilidad de cuidado de Nkongho (1990) que permitió caracterizar al cuidador. El procesamiento de los datos se hizo en el programa Excel; el análisis se llevó a cabo con la ayuda de las tablas de frecuencias y porcentajes, y los gráficos.

3. Resultados

En los cuidadores de pacientes crónicos, -siendo el género femenino en edades intermedias, de ocupación hogar o trabajadoras independientes, el que predomina-, se encontró que su situación pasa a un segundo plano, llegando a límites de enfermarse, dado que dedican todo su tiempo, a veces, las 24 horas del día al cuidado. Son de estado civil casados, procedentes del área urbana, estrato uno, siendo únicos cuidadores, pertenecientes a la religión católica, con un alto compromiso místico en su gran mayoría, con un tiempo de cuidado de 5, 10, 15 años, en porcentaje significativo, y quienes refieren sentir un bajo nivel de escucha de las necesidades que tienen.

Respecto a la habilidad del cuidado, sus respuestas aportaron al conocimiento personal al dar su calificación con un valor de 7, lo cual indica la necesidad de atender al cuidador, y demuestra la falta de atención para brindar un cuidado idóneo, sin descuidarse él como persona.

4. Discusión

El cuidador como persona es un cuidador primario, sometido al desafío de haber asumido esa función, sufriendo un cambio total en su estilo de vida y el consecuente desgaste al que se somete por mirar y tener sentimientos de tristeza, desesperación y angustia por cuidar a un ser querido, como un hijo o padre, que pierde progresivamente sus funciones psicológicas y fisiológicas que toda ECN va desarrollando.

Maslach y Jackson (1981), en su teoría de estrés en el cuidador, sostienen que la atención desencadena un agotamiento emocional que lleva paulatinamente a la baja realización personal. Es un aspecto que genera cada día un desgaste y una pérdida de energía y agotamiento en la etapa de adaptación que realiza el cuidador, sobre lo que debe asumir, controlando sus sentimientos, sin poderlos demostrar a su familiar.

Aparecen sentimientos de falta de realización personal, sintiendo depresión, baja autoestima, irritabilidad, aislamiento, ansiedad y desesperanza, acompañados de impresiones de abandono total.

A nivel fisiológico aparecen dolores de cabeza constantes, falta de energía, cansancio y aislamiento social, siendo característica la alteración en la calidad del sueño, que se interrumpe al seguir cuidando o vigilando a su familiar en el hogar o en las instituciones de salud, donde se debe adaptar a una silla para su descanso, sin tener el relevo de otro familiar, lo cual no es valorado cuando sólo se visita al paciente y no hay convencimiento de que a su lado hay un cuidador con necesidad de escucha (Chang, E., Tsai, Chang, T. y Tsao, 2007).

5. Conclusiones

Los cuidadores necesitan ser escuchados y atendidos, porque se genera cambios en su rol de cuidado de un miembro de la familia.

Estas personas requieren tiempo de atención para evitar complicaciones fisiológicas y psicológicas que afecten su calidad de vida, y puedan cuidar de sí mismos primero.

El proyecto permitió conocer y escuchar al cuidador, las necesidades personales que requiere para poder cuidar a su familiar, apoyado en estrategias como el hecho de establecer sus propios límites y la capacidad de cuidar de sí mismo.

Referencias

- Chang, E., Tsai, Y., Chang, T. & Tsao, C. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psychooncology*, 16(10), 950-955
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists Press.
- Nkongho, N. (1990). The Caring Ability Inventory. En Strickland, O. and Waltz, C. *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Part III, (3 y 4), 3-16.

Bibliografía

- Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., PintoAfanador, N. y Sánchez, B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. *Aquichan* 6(1)
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Barrón y Alvarado, Cancerología* 4, 39-46.

Significado de las vivencias de padres de niños prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Infantil Los Ángeles

Ser padre de un hijo prematuro: presencia emocional y espiritual

María Fernanda Acosta Romo¹

Nancy Cabrera²

Resumen

Entender el significado de las vivencias que experimentan los padres de niños prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) se convirtió en el objetivo de la investigación, para relacionarlo con el apoyo psicosocial que pueden recibir por parte del personal de salud.

Se consideró que el diseño fenomenológico era el más apropiado para el estudio, porque éste se preocupa por los seres humanos y su ambiente, en toda su complejidad (Castillo y Vásquez, 2003).

El trabajo investigativo dio como resultado, la identificación de cinco categorías, pero para el presente documento se tomará una de ellas, titulada: “Ser padre de un hijo prematuro, Presencia emocional y espiritual”.

Se puede concluir que la investigación en la UCIN contribuye a comprender la ansiedad que la hospitalización de sus hijos recién nacidos prematuros (RNP) representa para los padres, propendiendo por una atención más humanizada y acorde con las realidades de éstos.

Palabras claves: Recién nacido prematuro, padres, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Parenting an infant born preterm: Emotional and spiritual presence

Abstract

The main objective of the research was to understand what parents feel when they see their preterm babies hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit, in order to relate that experience with the psychosocial support that they can receive on the part of nurses.

It was considered that the phenomenological was the most appropriate design for the study, because it cares about human beings and their environment, in all its complexity (Castillo and Vasquez, 2003).

The research work resulted in the identification of five categories, but this document will take one of them, entitled “Parenting an infant born preterm, emotional and spiritual presence”.

It can be concluded that research in the NICU contributes to understand the anxiety that hospitalization of their premature newborns (PB) is for parents, tending to a more humane and consistent attention with the realities of these ones.

Key words: Preterm baby, parents, Neonatal Intensive Care Unit.

¹ Especialista en Cuidado del paciente en estado crítico, Universidad Mariana; Especialista en Auditoría en salud, Universidad CES Medellín; Maestría en Epidemiología (En curso); Enfermera, Universidad Mariana. Correo electrónico: acromafe1@hotmail.com

² Especialista en Gerencia y Auditoría de la calidad de salud, Universidad de Nariño; Enfermera. Hospital Infantil Los Ángeles, Universidad Mariana.

1. Introducción

Para los padres, tener un hijo prematuro es una experiencia inesperada que genera sentimientos de tristeza y angustia. El personal de salud tiene un papel fundamental en la UCIN; el enfoque de la asistencia en aspectos biológicos ha ido cambiando, ampliando y centrándose no sólo en las enfermedades del RNP, sino también en las dimensiones sociales, emocionales y psicológicas de la familia. Son muchas las dificultades que el personal de salud enfrenta en lo que se refiere a la interacción, especialmente en lo concerniente a las necesidades que tienen los padres, de exponer sus sentimientos. Por tanto, son importantes la orientación y el apoyo a fin de disminuir la ansiedad y el miedo que sienten, tratando de responder a las preocupaciones y ofreciendo informaciones sobre el estado de salud del neonato, el tratamiento y los equipos utilizados.

No basta la competencia técnico-científica para atender esta comprensión integral del ser humano. El personal de salud necesita también perfeccionar sus conocimientos y habilidades en el relacionamiento interpersonal, ya que el arte de cuidar está en encontrar una forma de permitir que la persona enferma exprese sus necesidades. De ese modo, deben ser capaces de escuchar a las personas en situación de enfermedad y responder a sus necesidades de salud y bienestar, del modo más amplio posible.

2. Metodología

El presente estudio tuvo un abordaje cualitativo, teniendo en cuenta que ésta es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social.

En cuanto al diseño, se consideró que el Fenomenológico era el más apropiado por cuanto permitiría descubrir las vivencias de los seres humanos.

3. Resultados

La UCIN se caracteriza por brindar cuidados especializados; cuenta con personal médico y de enfermería capacitado en cuidado neonatal, los cuales se centran en mejorar las condiciones clínicas del recién nacido. No obstante, las necesidades psicológicas de los padres y la familia en general, no son vistas con relevancia (Gallegos-Martínez, Reyes-Hernández y Silvan-Scochi, 2010). O, como sostiene Ibarra (2012, citado por Fernández, 2014), “esta visión biomédica por la explosión tecnológica y la especialización, ha llevado a una fragmentación y deshumanización de los servicios de salud”. En la UCIN se debe dar importancia a los padres y a la familia del neonato; una manera de hacerlo es brindándoles apoyo psicológico y espiritual. La dimensión psicológica es importante para evitar trastornos de vinculación que inciden en alteraciones del desarrollo, maltrato y abandono en el futuro del recién nacido.

Swanson (1991) sugiere que las enfermeras deben reconocer la influencia interna (parte mental y bienestar espiritual, e incorporar creencias socioculturales) y el ambiente exterior (actitudes de la sociedad, expectativas culturales, doctrinas religiosas, clima político, leyes, políticas sociales y economía) que afectan el estado de salud de las personas, las familias y la sociedad, y por consiguiente, el entorno de los clientes; deben saber estar emocionalmente presentes, y en cómo transmitir al padre, la importancia de sí mismo y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución (Jiménez y Sosa, 2014).

La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por los padres, quienes buscan en el personal de salud ser escuchados. El personal médico y de enfermería no debe atender únicamente las necesidades del neonato, sino también los aspectos psicosociales de los padres, promoviendo de esta manera el cuidado centrado en la familia. En esta fase crítica el personal de salud debe estar presto a apoyar a los padres a superar esta etapa tan difícil, en forma efectiva. El trabajo integrado del equipo de profesionales que participa en el cuidado del recién nacido enfermo debe incluir no sólo al equipo médico y de enfermería sino también a psicólogos especializados en manejar este tipo de situaciones, lo cual representa un factor importante para el éxito de la recuperación del RNP hospitalizado en la UCIN.

Para asumir el rol de padres en este medio hospitalario, es indispensable contar con el acompañamiento emocional adecuado. Se considera vital que los padres sean orientados con prontitud para poder guiar estos sentimientos, muchas veces reprimidos, y brindarles oportunidades para poder expresarse, como lo manifestaron algunos de los entrevistados: “No he recibido ninguna ayuda por parte de psicología; un psicólogo si me podría ayudar, y poquito a poquito he ido aceptando, porque es para el bien de mi bebé que tiene que estar aquí” (...) (D₁).

(...) Sólo una vez hablé con la psicóloga; el apoyo psicológico me ayudó bastante; tuve una fuerza grande y con ese pensamiento pude alentarle a él, y fui mirando poco a poco que las cosas se fueron dando como ella dijo (...). Ella trató el tema de ser positivo, porque todo lo negativo le iba a ser malo (...); entonces dije, por el bien mío y el de la bebé, tengo que poner ánimos (D₂).

Las instituciones que brindan servicios de salud también deben contar con personal que incentive a los padres que tienen algún tipo de fe religiosa a recurrir a ella en esos momentos; la religiosidad, cuando se practica, da esperanza y disminuye la ansiedad relacionada con el futuro desconocido. El apoyo espiritual que se brinda en las instituciones de salud es importante para que las familias afronten el impacto de la situación de manera adecuada. La situación precaria de muchos prematuros en alto riesgo convierte la muerte en una posibilidad muy real y omnipresente. El personal de enfermería es quien con frecuencia identifica la necesidad de brindar ayuda espiritual a los padres de hijos prematuros (Jiménez y Sosa, 2014).

“(...) me la paso orando, pues, pidiéndole a Dios que me la proteja de toda enfermedad (...)” (D₆).

“De aquí del hospital no he sentido tanto apoyo espiritual (...); en el albergue, las hermanas (...) sí. (...)” (D₆).

“(...) pues uno tiene que ser fuerte en esa parte; si, pues, tener fortaleza y asumir las cosas con mucha responsabilidad, con mucha fe en Dios ante todo y pues, asumirlas” (D₇).

Los padres de hijos prematuros hospitalizados en la UCIN sienten la necesidad de aferrarse a Dios; la oración se convierte en un medio de consuelo, mediante la cual piden con fe y esperanza la pronta recuperación de su hijo RNP ante la situación de una inminente pérdida. La espiritualidad es la constante de una sociedad católica, en búsqueda de una fuerza para cruzar el sufrimiento. Independientemente del hecho de que los hombres tengan una religión, creen en un poder divino, como lo demuestran los siguientes discursos:

“(...) preocupada; en algún momento pensé que él no iba a salir de acá y me esposo me hablaba y me decía que hay que tener fe, y con la ayuda de Dios salimos adelante juntos” (D₅).

Cuando nació prematuro yo sentí miedo, demasiado miedo (llanto) y por momentos sentía que no, pero al mismo tiempo le pedía a Dios que no me hiciera sufrir a mi bebé y sí se la iba a llevar, que se la llevara, pero que no sufriera (D₈).

Eriksson y Pehrsson (2002) realizaron un estudio en donde plantearon como hipótesis, que los padres necesitan apoyo psicosocial para poder manejar el trauma producido por el nacimiento de un RNP, ya que son diversas las áreas en donde se produce un desequilibrio por esta situación. El apoyo psicosocial se define como la entrega de información médica y social, apoyo psicológico, apoyo social y fomento del vínculo entre padres y RNP. Las madres pueden presentar elevados niveles de estrés; por esto necesitan mayor apoyo de la familia y de los profesionales de salud, ya que también se debe considerar el hecho de que son las que pasan un mayor tiempo en la UCIN con sus RNP. Se debe identificar sus necesidades y la forma como el equipo de salud de una UCIN puede satisfacerlas (Boullousa, 2004, citada por Galimberti, s.f.).

Swanson (1991, citada por Rivera y Triana, 2007) propone en su teoría que, a través de la práctica simple de cinco procesos (Conocer, Hacer por, Estar con, Posibilitar y Mantener las creencias), se genere el bienestar de la atención, más allá de las intervenciones sanitarias. Lo anterior hace que dicha teoría se convierta en una posible guía de cambio en el paradigma de atención humanizada, orientada al fortalecimiento del vínculo padres-hijo hospitalizado en la UCIN, pues, dichos conceptos permiten reflexionar sobre la cosmovisión del cuidado del enfermero(a), en quien convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la

ciencia de Enfermería. Teniendo en cuenta que para Swanson la enfermería significa cuidado informado para el bienestar del otro (en este caso padres, hijo y familia), este cuidado se informa mediante el conocimiento empírico a partir de la Enfermería y de ciencias afines (humanidades), experiencias clínicas y valores personales y sociales de las personas.

Al igual que Swanson, la doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que:

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. (s.f.).

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial- fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la profesión; en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos es relacional, transpersonal e intersubjetivo (Wade y Kasper, 2006).

4. Conclusiones

El apoyo del profesional de salud que se desempeña en la UCIN debe ser holístico, dirigiendo las actividades de cuidado no sólo al RNP hospitalizado, sino también a las necesidades individuales de cada miembro de la familia.

Referencias

- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Corporación Editora Médica del Valle, Revista Colombia Médica* 34(3) 164-167.
- Eriksson, B. & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care* 6(1), 19-33.
- Fernández, E. (2014). Guía metodológica evaluativa para la educación en el trabajo sobre la comunicación con el niño ventilado. *Revista EDUMECENTRO* 6(2), 80-93.
- Galimberti, M. (s.f.). Recién nacido prematuro internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Estrés maternal y modelos de intervención. Recuperado de <http://www.centroippc.com/pdfs/psicologiadel desarrollo.pdf>
- Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J. y Silvan-Scochi, C. (2010). La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatología y Reproducción Humana* 24(2), 98-108.
- Jiménez, E. y Sosa, A. (2014). *Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros. Chiclayo 2012* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/289>
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería* 25(1), 56-68.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research* 40(3), 161-166.
- Wade, G. & Kasper, N. (2006). Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* 45(5), 162-168.
- Watson, J. (s.f.). Ponencia del Primer Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Recuperado de http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson

Usando la Teoría en la Práctica: Percepciones sobre los Postulados de la Teoría del Cuidado y su aplicación en el Proceso de Enfermería al Cuidado a la Persona

Martha Cecilia González Hidalgo¹

María Oliva Sánchez Ortiz²

Resumen

La formación de los profesionales en Enfermería debe basarse en su propia ciencia, descrita como un proceso interpersonal entre éstos y la persona al cuidado, fundamentada en los diferentes modelos y teorías de Enfermería. Con el objetivo de promover la reflexión-acción frente a los postulados de la Teoría del Cuidado propuestos por la doctora Kristen M. Swanson, se realizó un ejercicio en el aula durante el desarrollo del Curso “Proceso de Enfermería aplicado al cuidado de las personas”, involucrando docentes y estudiantes mediante la metodología de la Investigación Acción Participación (IAP), primera etapa de revisión de la teoría, discusión grupal docente, ejercicio de análisis, toma de decisiones, incorporación en el curso, diseño de metodología para la incorporación de la teoría en la práctica, ejercicio aplicativo con estudiantes, recolección de percepciones y reflexión, e incorporación en el quehacer.

Para obtener resultados se hizo una puesta en común de los postulados de la Teoría, su inclusión en la práctica, una permanente reflexión sobre los aspectos teóricos y ajustes al instrumento de evaluación de estudiantes. El grupo de docentes participantes refiere que la Teoría proporciona los valores necesarios para sembrar el cuidado humano, permitiendo su aplicación en cada fase del proceso de enfermería; los estudiantes ubican cada uno de los postulados en las diferentes fases del proceso de atención, y presentan lo que significa para ellos ‘Conocimiento’, ‘Respeto por las creencias’, ‘Estar con’, ‘Posibilitar’, ‘Cuidado’, de acuerdo con lo propuesto por la teórica.

Palabras clave: Cuidado, Enfermería, Práctica, Ciencia, Formación.

Using the Theory in Practice: Insights on the Theory of Care postulates and its application in the Nursing Process to Care for People

Abstract

The training of professionals in Nursing should be based on its own science, described as an interpersonal process between the nursing staff and the person being served, based on different models and theories of Nursing. With the aim to promote the reflection action versus the principles of Nursing Theory proposed by Dr. Kristen M. Swanson, an exercise in the classroom was conducted during the development of the semester Course “Nursing Process applied to care for people” involving teachers and students through Action Participation Research (APR) methodology, first stage of review of theory, group teaching discussion, practice analysis, decision to engage, incorporation in the course, methodology design for incorporating the theory into practice, application exercise with students, gather perceptions and reflections, and incorporation into nursing task.

For getting results it was made a pooling of the postulates of the theory, its inclusion into the practice, a permanent reflection on the theoretical and adjustments to students assessment instrument. The group of participating teachers express that the theory provides the values needed to sow human care, allowing its

¹ Especialista en Docencia Universitaria; Magíster en Salud Pública. Profesora Programa de Enfermería, Universidad del Valle; Directora del Plan de Enfermería, Universidad del Valle. Correo electrónico: mago6087@yahoo.es

² Especialista en Salud Familiar; Especialista en Desarrollo Comunitario; Especialista en Docencia Universitaria; Magíster en Salud Pública. Profesora Programa de Enfermería, Universidad del Valle; Profesora Programa de Enfermería, Universidad Libre Cali. Correo electrónico: tesor18@hotmail.com

application in each phase of the nursing process; students placed each of the principles at different stages of the care process, and what have meant for them 'Knowledge', 'Respect for beliefs', 'Being with', 'Enable', 'Care', according as proposed by the theoretical.

Key words: Care, Nursing, Practice, Science, Training.

1. Introducción

La formación del profesional de enfermería debe estar acorde con las circunstancias del desarrollo actual de la disciplina. Se reconoce que hoy en día, gracias al trabajo de las antecesoras, se encuentra un cúmulo de conocimiento que brinda el sustento teórico a la disciplina, el cual no cobra vida si no se aplica en la práctica. Como resultado de este invaluable trabajo del desarrollo científico de enfermería en las últimas décadas, se ha construido una metodología de trabajo, proceso de atención de Enfermería (PAE) para evidenciar tanto la práctica diaria, como las teorías y modelos de Enfermería que tienen como centro el cuidado de la persona y su bienestar.

En la formación en todos sus niveles formales, durante largo tiempo el énfasis ha estado dado por la capacitación instrumental y la profesionalización en campos específicos del conocimiento, privilegiando así el hacer, y dejando de lado aspectos fundamentales del ser humano como el pensar y el sentir, el constituirse y el convivir, el realizar y el trascender. La responsabilidad de los educadores no debe limitarse a la transferencia de conocimientos, sino a promover y estimular en sí mismos, en sus colegas y estudiantes, las actitudes y el pensamiento crítico y creativo que les permita dar sentido a su existencia, y abordar los problemas locales y nacionales de manera global, y revalorizar aspectos éticos y culturales de la formación para el cuidado.

El colectivo de profesores del Programa de Enfermería de la Universidad del Valle, teniendo en cuenta las anteriores razones, entre otras, toma la decisión en el año 2013 de inscribir su quehacer desde la visión integrativa-interactiva o recíproca. Cabe aclarar que previo a ello se venía realizando una serie de pasos dirigidos al desarrollo disciplinar, que toman fuerza con la presencia y acompañamiento de la maestra María Mercedes Villalobos, quien favorece el diálogo, la discusión y la acción frente a la Ciencia de Enfermería, modelos y teorías, y su relación con el ejercicio docente y el cuidado de enfermería como parte del proceso formativo (diplomado) ofrecido a los docentes en cumplimiento del Plan de Desarrollo de la Escuela.

Se reconoce la poca vinculación existente de las teorías de Enfermería en los cursos agenciados por las autoras, y su importancia en la formación del profesional de Enfermería, pues es evidente que esta disciplina ha contribuido al desarrollo humano y lleva consigo una tradición que se remonta al origen mismo de la sociedad, siendo mucho más que un oficio; es ciencia y arte en la que están presentes diversos aspectos que denotan la calidad humana, como dice Donahue (1988) "su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería" (p. 63).

Por ello, a pesar de los múltiples obstáculos que ha debido sortear la disciplina para lograr las metas de su desarrollo actual, los profesionales de enfermería han construido y redefinido los significados de su conocimiento y han reforzado el desarrollo teórico, sin dejar de lado las habilidades que han utilizado para el avance de la práctica, la investigación y la enseñanza.

Enfermería es considerada una disciplina y una profesión que requiere desarrollar y ajustar el conocimiento para responder a las necesidades de la práctica clínica en diversos ámbitos sociales. La disciplina misma se ocupa del desarrollo del campo del conocimiento pertinente a su razón de ser: el cuidado de las personas, familias o grupos, en las experiencias o vivencias que tienen a través de los diversos procesos de la vida (Newman, Sime y Corcoran-Perry, 1991; Newman, 1994; Newman, Smith, Dexheimer y Jones, 2008). El logro anterior se hace posible cuando se usa la investigación como estrategia de diálogo de saberes que permite validar lo propio, construir conocimiento y encontrar sentido a la teoría ya existente.

En este sentido la Escuela de enfermería toma como referente para la acción, la teoría de la Doctora Jean Watson (1985) y el grupo de trabajo de la asignatura Proceso de Enfermería aplicado al Cuidado de Enfermería. Luego de un trabajo de pesquisa y estudio de las teorías de mediano rango asume la teoría de la doctora Swanson (1991) con el propósito de servir de soporte conceptual para el cuidado.

A continuación se presenta los postulados de las dos teorías.

1.1 Conceptos de Meta Paradigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (1985)

1.1.1 Persona

Desde la mirada existencialista, Watson considera a la persona como “un ser en el mundo” (p. 158); como una unidad de mente-cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *Gestalt*³; es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

1.1.2 Medio ambiente

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad -pasado, presente y futuro imaginado-.

1.1.3 Salud

De acuerdo con Watson (1985), la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)” (p. 158), asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

1.1.4 Enfermería

Está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson (1985)

La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a como la otra persona los experimenta. (p. 7).

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Los Procesos Caritas planteados por Watson (1985) permiten dimensionar la práctica de enfermería y poder encontrar la correspondencia de los postulados de Swanson (1991), entendiendo que la filosofía de la primera, es una fuente que nutre a otras teorías intermedias; por ello es de vital importancia que sean el marco de referencia para las acciones que se adelanta; entre ellos:

1.1.4.1 Proceso uno: Mantener los valores. La vivencia misma brinda el desarrollo ético, el ser consciente y tener intenciones de cuidar a otros; lo traslada al paradigma humano, cuyo modelo ha de estar centrado en su propio corazón, que es fuente de verdad, de compasión, amor, fuente del propio ser como humano, pues es la propia humanidad la que “toca” al otro ser. Plantea que la vivencia a través del corazón, retoma y le da importancia al silencio, a la vibración, al aprecio, a la interrelación; se conecta con el entorno y genera un campo electromagnético que irradia energía positiva que lo afecta y afecta a los demás. A nuestro entender, este proceso explicitado por Watson guarda relación con el postulado expuesto por Swanson sobre “respeto de creencias”.

³ Término alemán que no tiene su equivalente en español, pero que es entendido como forma o configuración.

1.1.4.2 Segundo proceso: cuando se practica el cuidado, éste es **fuentes de esperanza**. Si se es auténtico con la presencia en el cuidado del otro, la persona lo puede leer de una manera especial y puede asimilar como una luz incentivadora de apoyo, ayuda, confianza y perspectiva.

1.1.4.3 Tercer proceso: el enfermero cuidador debe desarrollar o requiere **tener sensibilidad con él mismo**. El trabajo personal y auténtico permitirá un vínculo que va más allá de acciones asistenciales; por ello, para generar acciones genuinas de cuidado, se requiere el conocimiento de sí para llegar al conocimiento del otro.

1.1.4.3.1 Carita 3: al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, la enfermera se torna más auténtica, genuina y sensible. Reconocer la humanidad propia es un acto que prepara, potencia y estimula, para comprender todas aquellas vivencias y potencialidades en otros; de esta manera la relación de cuidado que se construye deja huella en el cuidador y en la persona cuidada.

1.1.4.4 Cuarto proceso: ayuda - confianza: entendiéndose la ayuda como un proceso de implicación humana donde ambas personas contribuyen al crecimiento del otro; y la confianza, como el motor que permite grandes descubrimientos y retos en torno al cuidado.

1.1.4.5 Quinto proceso: promoción y aceptación de los sentimientos positivos y negativos; señala que el enfermero ha de estar preparado para la expresión y aceptación de los sentimientos de las personas o familias, disponiéndose a reconocer y comprender que la situación emocional e intelectual hace parte de la misma vivencia de un ser integral. La expresión de sentimientos es parte de la integridad humana; por ello no debe asustar el expresar y acompañar esta expresión de sentimientos, entendiéndolos como parte de los procesos de sanación por los que debe pasar una persona, ya sea en el júbilo o en el dolor.

1.1.4.6 Sexto proceso: uso de un método de resolución de problemas para la toma de decisiones: involucramiento de enfermería en la solución de los problemas. La enfermera, junto con la persona de cuidado, al ganar confianza y tener fe, logra construir un entramado que permite el reconocimiento personal, estético, ético, adquirir experiencia y espiritualidad. Todos estos conocimientos permiten identificar las claves que serán revitalizadas por el profesional de Enfermería para el cuidado de la persona.

1.1.4.7 Séptimo proceso: roles que representan el aprendizaje y la enseñanza interpersonal: todo proceso vivido permite múltiples aprendizajes y enseñanzas a nivel de todas las dimensiones del ser humano, de los que muchas veces no se percata, pero que le dan la capacidad para comprender que también es necesario desaprender y desprenderse de aquellas conductas que no le permiten desarrollarse como ser único integral.

1.1.4.8 Octavo Proceso: Medio Ambiente. Es trascender el medio físico, pues la enfermera hace parte del medio ambiente; debe explorar aspectos que le brinden calidez, soporte, confianza, apoyo y cobijo, tanto para ella como para la persona cuidada, como el color, la luz, la privacidad, el clima, la presencia de un ser querido, la decoración, el sonido, referentes claves que hacen parte del medio ambiente, y que han de proporcionar comodidad para la persona y se convierten en lugar de sanación.

1.1.4.9 Noveno Proceso: Asistencia en las necesidades básicas. Se plantea aquí un gran dilema: ¿Cuáles son las necesidades básicas? Según Watson (1985) serán aquellas que permitan lograr la integridad de lo humano, pues la enfermera actúa mediante el cuidado a la persona, con mente, corazón y alma, siendo consciente de desempeñar un papel importante para abordar la individualidad y la totalidad. Aquí aparece la creatividad para articular el arte, y la ciencia para comprender realmente qué es necesario y esencial para el cuidado.

1.1.4.10 Décimo Proceso: Apertura a lo existencial. El enfermero(a) requiere adquirir conciencia sobre otras respuestas que no vienen de él y que existen en un mundo que quizás no ha descubierto ni aprovechado por predominar “el saber” desde la connotación cognitiva; por ello es importante darle paso a la apertura y despertar la sensibilidad a eventos espirituales, a los misterios y milagros que existen en la naturaleza y que pueden hacer presencia en las situaciones que afectan o desequilibran la salud en las personas.

1.2 Conceptos principales de la Teoría de los Cuidados (Swanson, 1991).

1.2.1 Cuidados. Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

1.2.2 Conocimiento. Es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y es cuidado.

1.2.3 Estar con. Significa estar emocionalmente presente con el otro; incluye estar allí, en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.

1.2.4 Hacer por. Hacer por otro lo que se haría por uno mismo; si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, actuando con habilidad y competencia, protegiendo al que es cuidado y respetando su dignidad.

1.2.5 Posibilitar. Facilitar el paso del otro por la transición de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el suceso, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando detenidamente y dando retroalimentación.

1.2.6 Mantener las Creencias. Mantener la fe en las capacidades que tiene el otro de superar un acontecimiento o una transición, y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro, y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

1.3 Meta Paradigmas propuestos en la Teoría de Swanson (1991)

1.3.1 Persona: ser único en proceso de crear su integridad, la cual manifiesta con pensamientos, sentimientos y conductas. Las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

1.3.2 Entorno: cualquier contexto que influye o que es influido por el paciente, ya sea cultural, social, biofísico, político y/o económico.

1.3.3 Salud: restablecer el bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud.

1.3.4 Enfermería: el conocimiento empírico, ético, estético y personal de los cuidados para el bienestar de otros. Este conocimiento de la disciplina se apoya en otras disciplinas: el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales.

2. Metodología

Investigación Acción Participación (IAP), primera etapa de revisión de la teoría, discusión grupal docente, ejercicio de análisis, toma de decisiones de involucrar en el Curso, diseño de metodología para la incorporación de la teoría en la práctica, ejercicio aplicativo con estudiantes, recoger percepciones, incorporación en el quehacer de Enfermería.

La IAP reconoce la riqueza de los recursos que los miembros de la comunidad, en este caso la educativa, conformada por estudiantes y docentes, aportan a los procesos de conocer, crear conocimiento y actuar sobre ese conocimiento para lograr un cambio (Fals-Borda, 1979). Esto se trabaja fortaleciendo la comunicación y el respeto mutuo entre estudiantes y docentes en los diálogos de saberes, potenciando la pregunta y el pensamiento crítico acerca de los postulados de la teoría, e incidiendo sobre la brecha entre el conocimiento y la práctica al incorporar en la reflexión-acción, la teoría de enfermería aplicada a la solución de problemas propios del quehacer de la profesión, para generar nuevo aprendizaje y conocimiento.

3. Resultados

Puesta en común de los postulados de la Teoría, inclusión de la misma en la práctica, permanente reflexión sobre los aspectos teóricos, ajuste del instrumento de evaluación de práctica de los estudiantes.

El grupo de docentes participantes refiere que la Teoría del cuidado proporciona los valores necesarios para sembrar el cuidado humano, permitiendo su aplicación en cada fase del proceso de enfermería.

Los estudiantes, por su parte, perciben el conocimiento como una racionalidad científica, un conocimiento humano en ellos mismos y en el ser que cuidan, sin hacer juicios; lo ven presente en la aplicación del proceso de Enfermería, en la valoración que les permite saber aproximarse, relacionarse, interactuar, rescatar datos objetivos y subjetivos de lo que significa para la persona cuidada el momento y la situación que está viviendo, así como también, identificar las claves que llevan a la elaboración de Diagnósticos de Enfermería que conducen a un diseño de plan, acorde con las potencialidades y necesidades de la persona. Entienden que mantener las creencias es respetar; es creer en las posibilidades; es tener fe en sí mismo como cuidador y en el potencial de autosanación del otro, para dar un cuidado holístico y desarrollar confianza.

Para ellos, 'Estar con' es brindar apoyo, mostrar disponibilidad, tener una actitud abierta y aptitud para el cuidado, fortalecer el vínculo enfermera-paciente, ser integral y multidimensional.

'Hacer por' significa ser competente, facilitar, proporcionar cuidados, involucrar en la medida de sus funciones, recuperar, comprender, apoyar, motivar e identificar necesidades.

Por 'Posibilitar' entienden retroalimentar, brindar opciones, permitir, reconocer el potencial en cada persona, ofrecer un compromiso profesional y personal, con vocación, actuar con beneficencia, saber priorizar el cuidado, dependiendo de las necesidades.

3.1 Pasos del proceso de enfermería y uso de los postulados de la Teoría del Cuidado

3.1.1 Valoración: 'Conocimiento', 'Mantener creencias', 'Estar con', 'Hacer por', para poder entablar un vínculo, establecer claves, comprender la situación y recolectar datos subjetivos y objetivos, dar la información pertinente, aclarar dudas, mostrar disposición, respetar los datos, dar confianza.

3.1.2. Dx de Enfermería

3.1.3 Planificación: conocimiento de la persona a quien se cuida, para organizar y poder definir los problemas relevantes, mantener creencias en torno a la negociación de modos de vida, brindar apoyo a lo requerido. 'Estar con': tener sensibilidad para diseñar un plan acorde con la persona cuidada. 'Hacer por', pensar, asumir a la persona cuidada como un ser digno, en igualdad de conciencia.

3.1.4. Ejecución: conocimiento que proporciona la veracidad, la validación de las acciones y el compromiso. 'Mantener creencias', desglosar información a través de un lenguaje claro, acorde con el nivel de la persona, mediante actividades relacionadas con el modo de vida de la persona y su entorno. 'Estar con', acompañar durante el proceso, valorar el esfuerzo y el logro, estar disponible y ser flexible. 'Hacer por', dar un trato humano, 'Posibilitar' priorizar, usar ayudas didácticas y recursos necesarios para la apropiación y logro de la independencia y la sanación, brindando explicación de los procesos.

3.1.5. Evaluación: el 'conocimiento' muestra el resultado de la relación cuidado-cuidador. 'Mantener las creencias' es complementar, dar apoyo, atender las necesidades de información y formación que surgen. 'Estar con' implica la vinculación de la percepción de la persona cuidada sobre sus logros, crear espacios de expresión y opinión permanente. 'Hacer por' es el logro alcanzado, el efecto del cuidado; es posibilitar la coherencia.

4. Discusión

La teoría de Swanson es de fácil comprensión para los estudiantes y profesores participantes en la experiencia; puede ser aplicable en el escenario tanto clínico como ambulatorio, y provee los elementos

conceptuales científicos, estéticos y éticos necesarios para un cuidado humanizado. Las percepciones halladas en los estudiantes están articuladas con los postulados de Watson en cuanto a la relación propuesta en sus 'procesos caritas' y los factores curativos (1985). Conocimiento es lo que permite saber aproximarse, relacionarse, interactuar, rescatar datos objetivos y subjetivos de lo que representa para la persona cuidada, el momento y la situación que está viviendo. El cuidado, según Watson, **sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal**; esto a su vez proporcionará lo que llama un entorno de cuidado que posibilitará el desarrollo de aptitudes, al tiempo que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado, de la misma forma que exige conocimientos y actitudes especiales, y la necesidad de comprender a quien se cuida.

'Mantener las creencias' es dar un cuidado holístico en medio de la confianza generada. Tener fe es lo que brinda descubrir las posibilidades y capacidades, y realizar lo impensable; cuando se genera confianza se puede transcender este aspecto, lo cual guarda relación directa con la autonomía y la libertad, el respeto y la dignidad.

'Estar con' es un vínculo entre enfermera(o) y paciente. El cuidado tiene su esencia en la resonancia que se produce en la condición humana de la persona cuidada, al brindar una sensación de calidad y calidez de vida, y de bienestar social en un entorno natural que cobije, acoja y reconforte. La relación del cuidado humano siempre implica una relación con el otro y es desde ese lugar en el que se genera la atención, ya sea desde el ejercicio de una profesión o de la vida cotidiana.

'Hacer por' es reconocer el potencial en cada persona; entraña aproximarse a la persona a cuidar, con conocimientos previos y acumulados, con experiencias que permitan interactuar y reconocer que la capacidad de sanación le pertenece a cada quien.

La ciencia de la Enfermería radica en la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo [...] De hecho, lo esencial en el arte de la Enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el cuidado de los seres humanos. (Sánchez, 2014, párr. 6).

El 'Cuidado' es el compromiso profesional y personal, entregado y brindado con una verdadera vocación, como una acción que mantiene o involucra una perspectiva de responsabilidad individual y colectiva que supera con creces el vínculo contractual y lo pone de frente a la pregunta de quién soy yo en el mundo y mi forma de existir en él. El nuevo entorno en donde se práctica el modelo de cuidado y sanación depende cada vez más de unas relaciones auténticas, de sociedades, negociaciones, y nuevas formas de comunicación y coordinación. El énfasis está en un cambio de conciencia, en una intención centrada en las modalidades y en las relaciones basadas en el cuidado y en la sanación.

5. Conclusiones

Las percepciones que los estudiantes tienen sobre la Teoría, en su aplicación, son todas positivas y muestran grandes posibilidades para el Cuidado Humanizado.

La gran teoría de la doctora Watson se ve ilustrada en los postulados de la Doctora Swanson, hecho que muestra la convergencia en una misma línea de pensamiento de cuidado humano.

Se encuentra una gran fuerza de articulación e integración de la teoría de los Cuidados en los diferentes pasos del proceso de Enfermería, e incluso se observa que varios de los postulados cobran presencia en la misma etapa, como por ejemplo, en la Etapa de valoración, en la cual están implicados el Conocimiento, el Respeto de Creencias, el Posibilitar, el Estar con y en ocasiones el Hacer por.

El uso de la teoría y la ciencia de Enfermería es un imperativo en nuestra práctica docente y clínica; al intentarlo existe la duda y el temor por si se logra comprender lo que la autora plantea y sus alcances; sin embargo, la reflexión muestra elementos sustanciales del cuidado humano, y ubica el centro, el análisis y la práctica sobre lo propio disciplinar que nunca estará acabado.

Referencias

- Donahue, P. (1988). *Historia de la enfermería* (2ª. ed.). España: Editorial Doyma.
- Fals-Borda, O. (1979). Investigating reality in order to transform it: the Colombian experience. *Dialectical Anthropology* 4(1), 33–55.
- Newman, M. (1994). *Health as expanding consciousness* (2ª. ed.). New York: NLN Press.
- Newman, M. Sime, A. & Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 14(1), 1-6.
- Newman, M., Smith, M., Dexheimer, P. & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science* 31(1), E16-E27.
- Raile, M. y Tomey, A. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En Elsevier, España, S. L. (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (7a. ed.) (pp. 25-32). España: Editorial Elsevier Mosby.
- Sánchez, J. (2014). La tecnología y la enfermería van de la mano. Recuperado de http://jessicasanchezudecaldasinformatica201.blogspot.com.co/2014_02_01_archive.html
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research* 40(3), 161-166
- Watson, J. (1985). *Nursing. Human Science and Human Care. A theory of Nursing. National League for Nursing*. United States of America: NLN Press.

Bibliografía

- Fawcett, J., Watson, J., Neuman B., Walker P. & Fitzpatrick, J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship* 32(2), 115-119.
- Tressolini C. & the Pew-Fetzer Task Force. (1994). Health Professions Education and Relationship-centered Care. Report of Pew-Fetzer Task Force. Pew-Fetzer Task Group, Pew Health Commission, San Francisco, CA, USA.
- Watson, J. & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing* 12, 360-365.

Póster



Estrategias innovadoras de evaluación en el área básica de un programa de medicina: caracterización

Ana Patricia Pérez Saavedra¹

Resumen

El presente trabajo corresponde a una investigación cualitativa, que tuvo un año de duración, cuyo objetivo fue comprender las estrategias innovadoras de evaluación del área básica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, para lo cual se realizó sesiones de grupos focales y entrevistas a profundidad, con informantes clave.

La población estuvo constituida por docentes y estudiantes del área básica del programa, a quienes se invitó a participar de una manera voluntaria. La información recolectada fue analizada mediante codificación abierta y axial, y triangulación de fuentes, técnicas y autores. Los resultados obtenidos son producto de la categorización deductiva correspondiente a las descripciones propias de las tres estrategias de evaluación: Examen de Competencias Objetivo y Estructurado (ECOE), el Seminario de Evaluación y Retroalimentación Interdisciplinaria (SERI) y el Examen en Plataforma, debilidades y fortalezas, reflexiones en cuanto a la logística, e infraestructura para su desarrollo.

Como categorías emergentes o inductivas se encontró: la adaptación, planificación, manipulación en lo concerniente al examen en plataforma; para el SERI, algunas de las categorías fueron: dinámica, didáctica del Seri, reputación/maltrato, y para el ECOE, correlación, direccionamiento y los contextos de realidad donde se aplica.

Como conclusión general, se evidencia la construcción compleja de conceptos evaluativos en los docentes, y conceptos menos elaborados al interior de los estudiantes. El trabajo realizado permitió usar un método cualitativo como herramienta para comprender procesos que generan tensión dentro de la relación enseñanza-aprendizaje; de igual manera se convirtió en una oportunidad de reflexión para estudiantes y docentes sobre el tema de evaluación y sus implicaciones en el proceso pedagógico.

Palabras clave: Evaluación del aprendizaje, estrategias, innovación.

Innovative assessment strategies in the basic area of a medicine program: characterization

Abstract

This one yearlong work corresponds to a qualitative research, whose aim was to understand innovative strategies assessment of the basic area of Medicine Program at the University of Quindío, for which focus group sessions and depth interviews were conducted, with key informants.

The population was made up of teachers and students in the basic area of the program, who were invited to participate voluntarily. The information collected was analyzed using open and axial coding, and triangulation of sources, techniques and authors. The results are the product of deductive categorization accordance with the individual descriptions of the three assessment strategies: Objective Structured Clinical Examination (OSCE), the Interdisciplinary Seminar on Evaluation and Feedback (known in Spanish as SERI), the Examination Platform, weaknesses and strengths, as reflections logistics, and infrastructure development.

¹ Enfermera; Especialista en Educación Superior; Magíster en Educación: Desarrollo Humano, Universidad del Quindío. Correo electrónico: apperez@uniquindio.edu.co

As emerging or inductive categories they were found: adaptation, planning, manipulation in the examination platform; for SERI, some of the categories were: dynamic, teaching of Seri, reputation / abuse; and for OSCE, correlation addressing, and contexts of reality where it is applied.

As a general conclusion it is evident the complex construction of evaluative concepts into teachers, and less elaborate concepts into students. The work allowed use a qualitative method as a tool for understanding processes that generate tension within the learning teaching relationship, likewise it became an opportunity for reflection for students and teachers on the subject of evaluation and its implications in the educational process.

Key words: Evaluation of learning, strategies, innovation.



ESTRATEGIAS INNOVADORAS DE EVALUACIÓN EN EL ÁREA BÁSICA DE UN PROGRAMA DE MEDICINA: CARACTERIZACIÓN.

INVESTIGACIÓN

Comprender las estrategias innovadoras de evaluación del área básica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío.

General

Específicos

Describir las estrategias innovadoras de evaluación del área básica desde los conceptos de los estudiantes y los docentes.

Interpretar las estrategias innovadoras de evaluación del área básica desde los conceptos de los estudiantes y los docentes.

METODOLOGÍA

Diseño: cualitativo, con un enfoque micro-etnográfico.

Unidad de Análisis: estrategias innovadoras de evaluación

Grupo de trabajo: docentes, estudiantes).

Técnicas e Instrumentos de Recolección: Grupos focales y la entrevista. Con guías y diario de campo.

Análisis: categorización axial y abierta, triangulación de la información con fuentes y autores

Referencias bibliográficas

- Centeno, A. (2007.). Innovaciones en educación médica: la historia nos da lecciones. *Revista Argentina de educación médica*, 1(2): 45-46. Recuperado el 14/01/2013. En: http://www.raemonline.com.ar/pdf_public/v1n2_45a46.pdf
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 61-71.
- González, M. (2001). La evaluación del aprendizaje: tendencias y reflexión crítica. *Educación Médica Superior*, 15(1), 85-96.
- Martínez, J. M. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOE). *Educación Médica*, 8, 18-22.
- Ruiz, B. (2009). *La evaluación del aprendizaje por competencias en el área básica del programa de medicina de la universidad del Quindío 2008-2009. de la verificación a la innovación a través de la investigación participativa*. Universidad tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.



RESULTADOS

PLATAFORMA:
ADAPTACIÓN,
PLANIFICACIÓN,
MANIPULACIÓN Y
TRADICIONAL.

SERI:
IMPRESIONES
DINÁMICA
DIDÁCTICA DEL SERI
REPUTACIÓN/MALTRATO

ECOE:
CORRELACIÓN
DIRECCIONAMIENTO
CONTEXTO DE REALIDAD

CONCLUSIÓN:

Se pudieron describir, y comprender las tres estrategias innovadoras de evaluación del programa de medicina: Examen en plataforma, Seri y Ecoe; en todas existen ventajas y desventajas, sin embargo con la que más se evidencia tensión es con el Seri; estudiantes y profesores buscan tácticas de mejoramiento para cada una de ellas, y aunque en ocasiones sienten no ser escuchados por parte de directivos, quieren seguir apostando a la mejora continua de todas las estrategias para lograr una

Prácticas de yoga: influencias sobre la calidad de vida concebida desde el bienestar integral del ser

María Ximena Acero Buitrago¹

Resumen

El cuidado integral, como eje central de la enfermería, implica la realización y aplicación de diversas y contextualizadas acciones que respondan no sólo a las necesidades de las personas, sino que involucren sus potencialidades, empleándolas en tendencias innovadoras que puedan llegar fácilmente a la sociedad actual y generar un impacto sobre su calidad de vida.

Es así como el yoga, filosofía práctica (DeRose, 2006; Iyengar, 2012) involucra al ser humano en su multidimensionalidad, planteándose como una solución costo-efectiva que permite mayor empoderamiento por parte de las personas, generando beneficios como: disminución de la ansiedad, depresión y síntomas de somatización (Bansal, Gupta, Agarwal y Sharma, 2013); a su vez incrementa empatía, auto-regulación y auto-compasión (Bond, Mason, Lemaster, Shaw, Mullin, Holick, et al., 2013); disminuye así mismo, la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica, los valores cuantitativos de glucosa, el colesterol, el cortisol en saliva, la renina en plasma, los niveles de norepinefrina y epinefrina en orina, 24 horas (Rose y Thomas, 2010).

La implementación de las terapias alternativas complementarias como el yoga, permitiría brindar un cuidado que contemple las múltiples dimensiones del Ser, brindando un cuidado integral y humanizado.

El presente estudio pretende valorar la influencia de la práctica de yoga sobre la calidad de vida concebida desde el bienestar integral del ser, en un programa de enfermería del Quindío, desde una investigación cuantitativa, con diseño cuasi-experimental y enfoque longitudinal O1-X-O2-O3, muestra no probabilística, por conveniencia. El universo comprende 148 personas vinculadas a un programa de enfermería del departamento del Quindío. La recolección de la información se realiza mediante la aplicación y el análisis del instrumento 'Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers Genérico' (Da Silva y Kimura, 2009).

Palabras clave: Yoga, Bienestar integral, Cuidado.

Yoga practices: influence on the quality of life from a perspective of integral well-being

Abstract

Comprehensive care, as the core of nursing, involves the realization and implementation of diverse and contextualized actions to respond to the needs not only of individuals but involving their potential, using them in innovative trends that can easily reach today's society and generate an impact on their quality of life.

So, yoga, practical philosophy (DeRose, 2006; Iyengar, 2012) involves the human being in its multidimensionality, posing as a cost-effective solution that provides greater empowerment for people, generating benefits such as decreased anxiety, depression and somatization symptoms (Bansal, Gupta, Agarwal & Sharma, 2013); in turn, increases the empathy, self-regulation and self-pity (Bond, Mason, Lemaster, Shaw, Mullin, Holick et al, 2013); it decreases heart rate, systolic blood pressure, the quantitative values of glucose, cholesterol, cortisol in saliva, plasma renin, levels of norepinephrine and epinephrine in urine 24 hours (Rose & Thomas, 2010).

The implementation of complementary alternative therapies such as yoga, would provide care that addresses the multiple dimensions of Being, providing a comprehensive and humanized care.

¹ Estudiante de X Semestre Programa de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: ximenaacero@hotmail.com

This study aims to assess the influence of the practice of yoga on quality of life conceived from the well-being of being in a nursing program of Quindío, from a quantitative research, with quasi-experimental design and longitudinal approach O1-X -O2-O3, a non-probability sample for convenience. The universe comprises 148 people linked to a nursing program in the department of Quindío. The data collection is done by the application and analysis of the instrument 'Ferrans and Powers Quality of Life Index' (Da Silva & Kimura, 2009).

Key words: yoga, integral well-being, care.

Referencias

- Bansal, R., Gupta, M. Agarwal, B. & Sharma, S. (2013). Impact of short term Yoga Intervention on mental well-being of medical students posted in community medicine: A pilot study. *Indian Journal of Community Medicine*, 38(2), 105-108.
- Bond, A., Mason, H., Lemaster, C., Shaw, S., Mullin, C., Holick, E. & Saper, R. (2013). Embodied health: the effects of a mind-body course for medical students. *Medical Education Online* 18. Recuperado de <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/20699>
- Da Silva, J. & Kimura, M. (2009). Ferrans and Powers Quality of Life Index. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a14v43ns.pdf
- DeRose, M. (2006). *Orígenes del Yôga Antiguo* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Kier S.A.
- Iyengar, B. (2012). *Luz sobre el yoga* (6ª ed.). Barcelona, España: Editorial Kairos.
- Rose, A. & Thomas, S. (2010). The Health benefits of Yoga and Exercise: a review of comparison studies. *The journal of alternative and complementary medicine*, 16(1), 3-12

Investigador principal: Maria Ximena Acero Buitrago¹

Co-investigador: Diana Marcela Rengifo²

¹ Enfermera en Formación X Semestre. Universidad del Quindío. mxacerob@uqvirtual.edu.co

² Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Universidad del Quindío. dmrengifo@uniquindio.edu.co

Universidad del Quindío. Armenia. Quindío. Colombia

Palabras Claves

Yoga – Bienestar integral – Cuidado .

Introducción

El cuidado integral, como eje central de la enfermería, implica la realización y aplicación de diversas y contextualizadas acciones que respondan no solo a las necesidades de la personas, sino que involucren sus potencialidad empleándolas en tendencias innovadoras que puedan llegar fácilmente a la sociedad actual y generar un impacto sobre la calidad de vida de ellas.

Es así como el Yoga, filosofía práctica^{1,2} involucra al ser humano en su multidimensionalidad, planteándose como una solución costo-efectiva que permite mayor empoderamiento por parte de las personas generando beneficios como: disminución de la ansiedad, la depresión y los síntomas de somatización³ a su vez que incrementa la empatía, la auto-regulación y auto-compasión⁴, disminuye así mismo, la frecuencia cardíaca y presión arterial sistólica, los valores cuantitativos de glucosa, colesterol, cortisol en saliva, renina en plasma, niveles de norepinefrina y epinefrina en orina 24 horas⁵.

La implementación de las terapias alternativas complementarias, entre ellas el Yoga, como herramienta permitiría brindar un cuidado que contemple las múltiples dimensiones del ser brindando un cuidado.



Objetivo

Valorar la influencia de la práctica de yoga sobre la calidad de vida concebida desde el bienestar integral del ser, en un programa de enfermería del departamento del Quindío

Metodología

Investigación cuantitativa, con diseño cuasi-experimental y enfoque longitudinal (O1-X-O2-O3), muestra no probabilística, por conveniencia. El universo de 148 personas vinculadas a un programa de enfermería del departamento del Quindío. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación y el análisis del instrumento "Índice de Calidad de Vida de Ferrans Y Powers Genérico".



Resultados Directos e Indirectos

- Valoración la influencia de la práctica de yoga sobre el bienestar integral del ser.
- Influir positivamente sobre el bienestar integral.
- Validar y reconocer, herramientas terapéuticas que contribuyan a la prestación de cuidado integral.
- Generar nuevos espacios de cuidado.
- Generar inquietud a la comunidad académica para la implementación de proyectos de intervención y de relaciones terapéuticas que favorezcan la atención integral a la persona.

Referencias Bibliográficas

1. DeRose. Orígenes del Yôga antiguo. 1a ed. Buenos Aires: Kier, 2006
2. B.K.S Iyengar. Luz sobre el Yoga. 6 ed. Barcelona, España: Kairos. 2012
3. Rahul B, Monika G, Bhaskar A, Sachin S. Impact of short term Yoga intervention on mental well being of medical students posted in community medicine: a pilot study. Indian journal of community medicine. 2013; 38 (2): 105-108
4. Allison B et al. Embodied health: the effects of mind-body course for medical students. Med educ Online. 2013; 18:20699
5. Alyson R y Sue T. The Health benefits of Yoga and Exercise: a review of comparison studies. The

Adaptación transcultural, validez facial y de contenido de la Escala de la Incertidumbre frente a la enfermedad (MUIS). Formulario para miembro de la familia, versión española (PPUS - FM)

Patricia Arias Muñoz¹

Resumen

La disciplina de enfermería se fortalece con el uso de instrumentos válidos y confiables para medir diferentes fenómenos en sus estudios de investigación los cuales deben contener propiedades psicométricas precisas para el contexto donde sean aplicados. Este estudio establece la adaptación transcultural, la validez facial y de contenido de la versión en español de la Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad (MUIS), formulario para miembro de la familia -PPUS-FM, formulada por la Doctora Merle Mishel, la cual está enmarcada en la teoría de mediano rango de enfermería Teoría de Enfermería en la enfermedad. Este estudio es de tipo cuantitativo, metodológico. Se realizó la traducción al español de la versión original de la escala, donde se obtuvo una escala preliminar la cual fue aplicada a 800 personas con bajo nivel de escolaridad, dentro de los resultados se obtuvieron niveles de comprensibilidad por encima del 90% para los 31 ítems que la conforman. Para el análisis de contenido se conformó un grupo de nueve expertas en el tema de incertidumbre, con experiencia en trabajos e investigaciones de aplicación de instrumentos que determinaron la validez de contenido de la traducción al idioma español del instrumento. Luego del juicio valorativo de las expertas se consiguió la equivalencia para la totalidad de los ítems de acuerdo a los valores aceptados en el modelo de Lawshe de acuerdo a Tristán . Finalmente se obtuvo el Instrumento “Escala de incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia (PPUS-FM)” versión en español que explora todas las dimensiones pertenecientes a la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, lo que permitirá fortalecer los mecanismos proveedores de estructura de enfermería y dirigir el cuidado de enfermería humanizado hacia los familiares.

Palabras clave: incertidumbre, familiar, validez, medición, escala, enfermedad.

Mishel Uncertainty in Illness Scale –MUIS- Family member form, (Spanish version)

Abstract

The discipline of nursing is strengthened by the use of valid and reliable instruments to measure different phenomena in their research studies, which contain precise psychometric properties for the context in which they are applied.

This study provides a cross-cultural adaptation, face and content validity of the Spanish version of the Scale of Uncertainty facing the illness (MUIS), form to family member -PPUs-FM-. The study is methodological, quantitative; psychometric tests will be applied to the results of understandability of the items translated into Spanish language of PPUs-FM and it will be made testing understandability of the primary version to 385 people with low educational level.

For content analysis a group of seven experts will settle the issue of uncertainty, with work experience and research of application of instruments that determine the content validity of the translation into Spanish

¹ Enfermera, Universidad Nacional de Colombia; estudiante Maestría en Enfermería, Universidad de la Sabana. Correo electrónico: patria1508@gmail.com

of the instrument where it is verified that the scale to Spanish explores all the dimensions belonging to the theory of uncertainty about the disease.

From their results, new strategies will be developed to strengthen mechanisms structure providers that allow nursing care humanization.

Key words: uncertainty, family, validity, measure, instrument.

Referencias

- Arribas, A. (2006). Adaptación Transcultural de Instrumentos. Guía para el proceso de Validación de Instrumentos Tipo Encuestas. *Revista Asociación Médica Bahía Blanca*, 16(3), 74-82.
- Hilton, B. (1994). The uncertainty stress scale: its development and psychometric properties. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 26(3), 15-30. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7889446>
- LoBiondo-Wood, G. & Haber J. (2014). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (8th ed.). St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Mishel, M. (1981). The measurement of uncertainty in illness. Chapel Hill, NC. USA: University of North Carolina. *Nursing Research and Practice – An Open Access Journal* 30(5), 258-263.
- Sánchez, R., y Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública* 6(3), 312-318.
- Tristán Modificación al Modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. (2008). *Rev. Avances en medición*.

Necesidades de cuidado para el bienestar de madres-canguro de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja

Edna Lucía Guerrero Cortes¹

Resumen

Introducción. Desde la gestación, la madre experimenta cambios que desencadenan una transformación de roles. Al verse enfrentada a la crianza de un niño prematuro o de bajo peso, presenta una crisis física, emocional y social (Rivera, 2008).

Surge el apremio de identificar las necesidades de cuidado para el bienestar de madres-canguro y aportar sugerencias a la transformación del paradigma biotecnológico, complementándolo con el paradigma de holismo y humanización del cuidado.

La identificación y descripción de necesidades de madres-canguro, mediante los procesos de cuidado propuestos por Swanson (1991), permitirá proponer lineamientos de cuidado basados en necesidades reales y lograr un abordaje acertado, fortalecedor y precursor.

Esta investigación permite resaltar el liderazgo y empoderar la enfermería como disciplina orientada a la práctica, al cuidado y promoción del bienestar de los seres humanos, a lo cual apunta este congreso.

Objetivo General: Describir necesidades de cuidado para el bienestar de madres-canguro de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Metodología. Investigación cualitativa, metodología descriptiva interpretativa. Abordaje que posibilita la incorporación de significados, motivos y creencias, comprendidos como fenómenos humanos que hacen parte de la realidad social de las participantes (Strauss y Corbin, 2002; Calderón, 2002).

El muestreo considera principios de pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad, permitiendo comprender y recolectar información necesaria para el estudio (Sandoval, 2002).

La muestra se obtendrá por saturación teórica, por análisis de la información que brinden las participantes, mediante la aplicación de la observación y la entrevista.

El rigor metodológico se enmarca en: Credibilidad, Confirmabilidad, Significado en contexto, Patrones recurrentes, Saturación, Transferibilidad, buscando soporte y firmeza al estudio (Castillo y Vásquez, 2003).

Palabras clave: Necesidades, Cuidado, Bienestar, Madre canguro.

Care needs for the welfare of kangaroo mothers at Hospital of San Rafael in Tunja

Abstract

Introduction. From gestation, the mother undergoes changes that trigger a transformation of roles. Faced with raising a premature or underweight child has a physical, emotional and social crisis (Rivera, 2008).

It is when it needs to identify care needs for the welfare of kangaroo mothers and provide suggestions to the transformation of biotechnology paradigm, supplemented by the paradigm of holism and humanization of care.

¹ Especialista en Salud Ocupacional con protección de Riesgos Laborales, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC; Especialista en Enfermería Materno Perinatal con apoyo familiar, Universidad Nacional; aspirante a Magíster, Universidad de La Sabana. Docente ocasional Tiempo completo UPTC. Correo electrónico: ednalucia123@yahoo.es / edna.guerrero@uptc.edu.co / ednaguco@unisabana.edu.co

The identification and description of kangaroo mother needs, through the processes of care proposed by Swanson (1991), allow propose guidelines for care based on real needs and achieve a successful, empowering and precursor approach.

This research can highlight the leadership and empower nursing as a discipline oriented to practice, care and promoting the welfare of human beings, which aims this conference.

General Objective. Describe care needs for the welfare of kangaroo mothers at Hospital San Rafael in Tunja.

Methodology. Qualitative research with interpretative and descriptive methodology. Approach that enables the incorporation of meanings, reasons and beliefs, understood as human phenomena that are part of the social reality of the participants (Strauss and Corbin, 2002; Calderón, 2002).

Sampling considers principles of relevance, appropriateness, suitability, timeliness and availability, allowing understand and gather information needed for the study. (Sandoval, 2002).

The sample is obtained by theoretical saturation by analyzing information provided by the participants, by means of applying observation and the interview.

The methodological rigor is part of: Credibility, Confirmability, Meaning in context, recurring patterns, Saturation, Portability, seeking support and firmness to the study (Castillo y Vásquez, 2003).

Key words: Needs, Care, Welfare, Kangaroo Mother.

Referencias

- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. (ICS). Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación Editora Médica del Valle. *Colombia Médica* 34(3), 164-167.
- Rivera, A. (2008). Cambios fisiológicos del embarazo. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/view/15638013/cambios-fisiologicos-del-embarazo-eneo-unam>
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social: Módulo Cuatro*. Arfo Editores e Impresores Ltda.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 161-166.

INTRODUCCIÓN:

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros cifra que está aumentando y ocasiona que cada año mueran más de un millón de bebés prematuros poco después del nacimiento. (1)

El aumento de incidencia de parto prematuro ha producido un aumento de madres canguro, al considerarse esta técnica eficaz ya que permite cubrir las necesidades del bebé en materia de calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor. (2).

El nacimiento de un bebé prematuro es un evento poco contemplado en la vida de los padres y por ende de la familia, lo que desencadena una crisis física, emocional y social para lo cual, es posible, que la madre, la pareja, ni la familia estén preparadas para enfrentar. (3)



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las necesidades de cuidado para el bienestar de madres canguro de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja?

JUSTIFICACIÓN:

Enfrentarse al cuidado y crianza de un recién nacido pretérmino (RNPT) o de bajo peso (RNBPEG), se convierte para la madre en un desafío. Ella experimenta múltiples sentimientos, temores y cambios que interfieren con el desarrollo de roles de su vida personal y social, además, tiene varias visiones tales como: cangrear, masajear, proteger del frío, alimentar al niño, etc.; lo cual dificulta el camino hacia la adaptación materna. Expresan sentimientos de cansancio, noches difíciles y, lo describen como "el acostumbrarse" (4) lo que finalmente se traduce en necesidades de cuidado que requieren ser identificadas y atendidas. Lograr conocer desde las propias madres canguro sus necesidades de cuidado desde la perspectiva disciplinar de enfermería, les ofrecerá beneficios, ya que esto permitirá establecer lineamientos de cuidado para favorecer su propio bienestar.



OBJETIVOS:

- Describir las necesidades de cuidado para el bienestar de madres canguro de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, considerando los cinco procesos de cuidado propuestos por Kristen Swanson.
- Establecer lineamientos para el cuidado de madres del programa madre canguro desde la perspectiva de Kristen Swanson

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:

Estar con: Es estar emocionalmente presente, en donde se trasmite a la madre la importancia de sí misma y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. (5)

Conocer: Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la madre.

Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad de la madre de hacer frente dignamente a su nuevo rol de madre canguro y sobreponerse a las adversidades y dificultades que esto implica para ella.

Hacer por: Hacer por la madre canguro lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad.

Posibilitar: Es permitir a la madre el autocuidado, facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos no familiares, permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación.



TEORIA DEL CUIDADO KRISTEN SWANSON



MARCO DE DISEÑO

- Tipo de estudio: Naturaleza cualitativa con enfoque descriptivo interpretativo. (6)
- Principios del muestreo : Pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad.(7)
- Muestra : Obtenida por saturación teórica.
- Inmersión en el campo: Busca crear ambiente de confianza con las participantes

Proceso de Cuidado	Pregunta
Conocer	¿Qué he significado para estar con la madre prematuro en el hogar? ¿Qué cosas voy que requieren para su cuidado?
Mantener la fe	¿Qué pienso acerca del resultado de esta experiencia?
Estar con	¿Qué espero que la enfermera le ofrezca para lograr su bienestar? ¿Quién es la persona apropiada para que la acompañe en esta proceso?
Hacer por	¿Qué necesito que la enfermera le enseñe para su cuidado? ¿Qué necesito que la enfermera haga o le demuestre para su cuidado?
Posibilitar	¿Qué necesito para cuidarme a mí misma?

Recolección y análisis de la información:
Entrevista semiestructurada abierta, observación no participante y notas de campo.

- Análisis de datos : Transcripción, interpretación, codificación y categorización de los datos.
- Rigor metodológico: Credibilidad, confirmabilidad, patrones recurrentes, saturación y transferibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. La alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Datos de los países y la clasificación para los datos de nacimientos prematuros. Mayo 2, 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. Guía práctica método madre canguro. ISBN 92 4 359028 2004.
3. Rivera A. Cambios fisiológicos del embarazo. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de enfermería y obstetricia. 2008.
4. Castiblanco N, Muñoz de R L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Avances en enfermería. Vol. XXIX N° 1. Enero a junio de 2011.
5. Swanson, K.M. (1993). Empirical development of a middle-range theory of caring. Nursing Research, 40, 101-106
6. Sandoval C. Especificación en teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social Módulo Cuatro Investigación Cualitativa. Año Editores. 2002. p. 36-390.
7. Quintana A, Montgomery W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Lima - Perú. junio 26 de 2008.

Creencias de adolescentes gestantes sobre su alimentación

Diego Alexander Guerrero Chávez¹

Isabel Cristina López Hernández²

Resumen

Esta investigación permitirá conocer las creencias de alimentación de las adolescentes gestantes que asisten a una institución de salud del departamento del Quindío. Teniendo en cuenta el patrón de creencias se inicia el planteamiento de un problema de investigación que genere resultados útiles para la justificación del cuidado y la educación orientada hacia este fenómeno.

Se ha realizado diferentes estudios a nivel nacional e internacional en los cuales se encuentra que sólo el 63% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento suficiente acerca del requerimiento de nutrientes que se presenta en esta etapa, como sostienen Barbosa-Ruiz, Domínguez-Quintela, Gómez-Gómez, Monjo-Zarate, Salinas-López y Torres-Blas (2005). También se encontró que si bien las gestantes saben qué se debe consumir durante el embarazo por su contenido nutricional y cuántas veces, presentan unos malos hábitos alimenticios, especialmente debido a que ellas no deciden el menú familiar acorde con el embarazo, ya que éste se condiciona a las necesidades de los hombres que se encuentran en el hogar (Piña, La Torre y Aylas, 2007).

Desde el quehacer enfermero se considera necesario realizar una educación continua y de calidad sobre este tema, en los controles prenatales o los cursos psicoprofilácticos, según la caracterización poblacional, explicando con fundamentos que la alimentación que las mujeres gestantes presentan, puede llegar a repercutir de cierto modo en el feto y generar futuras complicaciones, sin desconocer la condición económica de la madre, su nivel de educación y el ambiente cultural, factores que indudablemente influyen en su alimentación.

Palabras clave: Creencias, adolescente gestante, alimentación.

Beliefs of pregnant adolescents about their diet

Abstract

This research will reveal the food beliefs of pregnant teenagers attending a health institution in the department of Quindío. Having in mind the pattern of beliefs, it starts with the approach of a research problem that generates useful results to justification for the care and education oriented toward this phenomenon.

Numerous studies at national and international levels show that only 63% of pregnant women have enough knowledge about the nutrient requirements at this stage, as argued Barbosa-Ruiz Domínguez-Quintela, Gomez-Gomez, Monjo-Zarate, Salinas-Lopez and Torres-Blas (2005). It was also found that while pregnant women know what to eat during pregnancy for their nutritional content and how often, have some bad eating habits, especially because they are not the ones who decide the familiar menu according to pregnancy but it is conditioned to the needs of men who are at home (Piña, La Torre and Aylas, 2007).

From the nursing task a continuous and quality education on this topic is considered necessary, in the prenatal care or psychoprophylactic courses, according to the population characterization, by explaining that feeding that pregnant women have, can reach a certain impact in the fetus and generate future complications, while recognizing the economic condition of the mother, their level of education and cultural environment, factors that undoubtedly influence their food.

Key words: Beliefs, pregnant adolescents, feeding.

¹ Estudiante de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: daguerrero@uqvirtual.edu.co

² Estudiante de Enfermería, Universidad del Quindío. Correo electrónico: isabelc_13@hotmail.com

Referencias

- Barbosa-Ruíz, R., Domínguez-Quintela, M., Gómez-Gómez, G., Monjo-Zarate, C., Salinas-López, C. y Torres-Blas, R. (2005). Conocimientos de mujeres gestantes sobre requerimientos nutricios en el embarazo. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim051b.pdf>
- Piña, F., La Torre, L. y Aylas, W. (2007). Comportamiento, Actitudes y Prácticas de Alimentación y Nutrición en Gestantes. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 3(1), 17-21.



Introducción

Esta investigación permitirá conocer las creencias de alimentación de las gestantes adolescentes asistentes a una institución de salud del departamento del Quindío. Teniendo en cuenta el patrón de creencias se inicia el planteamiento de un problema de investigación que genere resultados útiles para la justificación del cuidado y la educación orientada hacia este fenómeno.

Desde nuestro quehacer enfermero se considera necesario realizar educación continua sobre este tema; en controles prenatales o cursos psicoprofilácticos, acorde a la caracterización poblacional de estos individuos; ya que la alimentación que ellas presentan puede llegar a repercutir de cierto modo al feto y tener futuras complicaciones.

Objetivos

General:

Comprender las creencias sobre la alimentación durante la gestación, de las adolescentes de una Institución prestadora de servicios de salud.

Específicos

- Determinar las recomendaciones sobre la alimentación en gestantes, descritas en la literatura colombiana.
- Explorar las recomendaciones relacionadas con alimentación brindadas en un curso psicoprofiláctico de una institución prestadora de servicios de salud.
- Indagar las creencias que tienen las gestantes adolescentes acerca de su alimentación en lo referente a la compra, preservación, preparación y consumo de los alimentos.
- Contrastar la información encontrada en la literatura consultada y las creencias de las adolescentes embarazada

Resultados

Directos: Permitirá la identificación y la construcción de conocimientos acerca de las creencias que presentan las gestantes para así brindar un cuidado de forma óptima en esta etapa, y también dar una educación de calidad en el curso psicoprofiláctico en caminado a lo que saben las gestantes.

Permitirá a las gestantes reconocer sus creencias en las prácticas y así mismo poder realizarlas de una manera eficaz y con fundamento; para así disminuir los factores de riesgo relacionados con una inadecuada alimentación en el embarazo.

Indirectos: El presente proyecto permitirá la generación de recomendaciones sobre alimentación que se derivarán del análisis de la información, a través de la triangulación y categorización de está; dichas recomendaciones serán de utilidad para esta población específicamente.

Metodología y materiales de recolección

Investigación de tipo cualitativo con enfoque etnográfico.

La recolección de los datos se realizará a través de una entrevista a profundidad.

El análisis se realizará en excel.

Referencias

1. Baca, F. P. (Enero de 2007). Comportamiento, Actitudes y Prácticas de Alimentación y Nutrición en Gestantes. Pamplona Alta, Red SJM-VMT, DISA II. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 15 - 18.
2. Barbosa-Ruiz Rafael Edmundo, D. Q.-G.-Z.-L.-B. (s.f.). Conocimientos de mujeres gestantes sobre requerimientos nutricios en el embarazo. *Artemisa en Línea*.
3. de Rivas Y, B. G. (2012). Consumo de alimentos, factores socioeconómicos y anemia en mujeres gestantes. *Anales Venezolanos De Nutrición*, 64 - 72.
4. Díaz Macaya C, G. A. (Julio de 2012). Aspectos relevantes de la restricción del crecimiento intrauterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 322 -332. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ENSIN 2010, en: www.icbf.gov.co, consultado el 28 de mayo de 2013.
5. Instituto Nacional de Salud. Documento marco legal nutrición, en: www.ins.gov.co
6. Rodríguez, Victor. SIMÓN, Magro (coord.). *Bases de la alimentación humana*. Netbiblio. La Coruña 2008.
7. Sánchez-Muniz F, G. E. (2013). La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. (Spanish). *Nutrición Hospitalaria*, 250 - 274.
8. Taylor, Sarah Jane y Robert Bogdan, introducción a la investigación cualitativa, Barcelona, España, 1987, editorial Paidós Básica.
9. Torres Trujillo, L. E. (Septiembre de 2012). Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia 2010. *Perspectivas en nutrición*, 14(2), 185-198.
10. Vicente, Lorenzo. *Palabras y creencias: ensayo crítico acerca de la comunicación humana y de las creencias*. Universidad de Murcia. Murcia; 1995.

Contacto

Diego Alexander Guerrero Chaves: dgguerrero@upitruki.edu.co
Isabel Cristina López Hernández: isabelc_13@hotmail.com

Conocimientos y aplicación de principios éticos en el proceso de atención de enfermería de los estudiantes de la Universidad del Cauca. Popayán 2014 - 2015

Paola Alexandra Ortega Ordoñez¹

Adriana Lucía Valdez Fernández²

Resumen

Las instituciones universitarias tienen la responsabilidad de formar enfermeros y enfermeras capaces de reconocer las necesidades del Sistema de Salud, al cual deben responder con una conducta ética y una atención humanizada.

El objetivo principal de esta investigación es determinar los conocimientos de los principios éticos y su aplicación en el proceso de atención realizado por los y las estudiantes del programa de enfermería de la Universidad del Cauca. Para ello se realiza un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y observacional, con diseño de corte transversal, con una población de 160 estudiantes matriculados en el programa de Enfermería entre III y X semestre en el primer periodo de 2015, para lo cual se adapta y valida un cuestionario de preguntas evaluativas con el fin de determinar los conocimientos, y una pregunta problemática para medir la aplicación de los principios, de los cuales los más conocidos fueron: beneficencia, fidelidad y lealtad, y los menos conocidos el de no maleficencia, justicia y veracidad.

Los que menos conocimientos poseían fueron los estudiantes de semestres inferiores, que a su vez eran los que menos cursos habían recibido; y los de más conocimientos, los estudiantes de semestres superiores, con mayor participación en cursos de ética. Los principios eran aplicados aceptablemente a pesar de no tener conocimientos sólidos sobre ellos. La investigación permite concluir que la enseñanza de ética en enfermería requiere de mayor atención y debe ser transversal en el desarrollo de la carrera, ya que crea bases sólidas en principios éticos que le permitirán al enfermero(a) abordar los dilemas éticos que se presenten a lo largo de su vida profesional.

Palabras clave: Códigos de ética profesional, conocimiento de la salud y la educación de enfermería.

Knowledge and application of ethical principles in the care process of nursing students at University of Cauca. Popayán 2014 - 2015

Abstract

The universities have the responsibility to train nurses able to recognize the needs of the health system, which must respond to ethical conduct and humanized care.

The main objective of this research is to determine the knowledge of ethical principles and their application in the care process by the students of nursing program at the University of Cauca, so a quantitative, descriptive and observational study is carried out, with cross-sectional design, with a population of 160 students enrolled in the nursing program between III and X semester in the first quarter of 2015, for which it adapts

¹ Estudiante Programa de Enfermería, Universidad del Cauca.

² Enfermera, Universidad del Cauca; Especialista en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana; Magíster en Administración de Empresas, Pontificia Universidad Javeriana; Doctorante en Ciencias de la Educación, Universidad del Cauca. Docente Tiempo Completo, Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Grupo de Investigación Tjeng, Línea de Investigación formación de enfermería para el cuidado de la salud. Correo electrónico: adrianitalvf@hotmail.com

and validates an evaluating questionnaire in order to determine the knowledge, and a problematic questions to measure the implementation of the principles, of which the best known were: charity, fidelity and loyalty, and the lesser known: non-maleficence, justice and truthfulness.

First semesters students show less knowledge than more advanced ones, due to scarce ethics courses conducted; however, the principles were applied in an acceptable way, despite not having solid knowledge about them. The investigation leads to the conclusion that the teaching of ethics in nursing requires more attention and should be transversal in career development because it creates a solid foundation in ethical principles that will allow the nurse address the ethical dilemmas that arise in throughout his or her professional life.

Key words: Codes of professional ethics, knowledge of health and nursing education.

Referencias

- Figueroa, W. (2012). Conocimientos sobre los principios éticos y las implicaciones legales en las prácticas profesionales de los estudiantes de enfermería. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3964/1/Conocimientos-sobre-los-principioseticosylasimplicaciones-legales-en-las-practicas-profesionales-de-los-estudiantes-de-enfermeria.html>.
- Porra, J., Díaz, I. y Cordero, G. (2001). Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 132-138.
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext



CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. POPAYÁN 2014-2015

Autores: Adriana Lucia Valdez Fernández¹, Natalya Andrea Ordoñez², Paola Alexandra Ortega Ordoñez³, Juan David Ortiz Díaz⁴, Ángela María Sacro Martínez⁵, Lilliana Andrea Santacruz Ortega⁶, Ángela Patricia Tombé Arcos⁷

INTRODUCCIÓN

Las instituciones universitarias tienen la responsabilidad de formar enfermeros no solo para un mercado laboral sino seres humanos capaces de reconocer las necesidades del Sistema de Salud¹, al cual deben responder manteniéndose fieles a su compromiso de mantener una conducta ética y atención humanizada con los sujetos de cuidado². Aspectos que se materializan en buenas prácticas, seguras y responsables en su campo de actuación. Es importante fomentar prácticas de cuidado humanizado, que evidencien la ética en la práctica, teniendo en cuenta los aspectos culturales, sociales, psicológicos y espirituales de los sujetos de cuidado³.

OBJETIVO

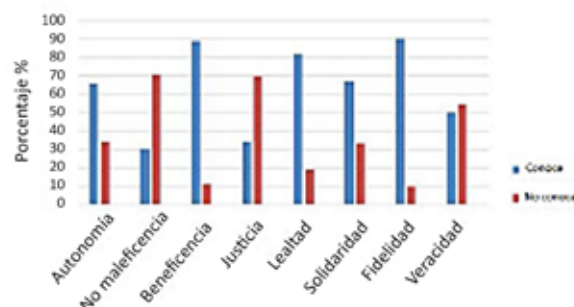
Determinar los conocimientos de los principios éticos y su aplicación en proceso de atención realizados por los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad del Cauca

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y observacional, con diseño de corte transversal. Población 160 estudiantes matriculados en el programa de Enfermería entre III y X semestre en el I periodo de 2015. Para ello se adapta y valida ⁴un cuestionario de preguntas evaluativas para determinar los conocimientos y una pregunta problemática para medir la aplicación de los principios.

RESULTADOS

Los principios más conocidos fueron: beneficencia, fidelidad y lealtad; los menos conocidos el de no maleficencia, el de justicia y el de veracidad. Los que menos conocimientos poseían fueron los estudiantes de semestres inferiores, que a su vez eran los que menos cursos habían recibido y las de más conocimientos fueron los estudiantes de semestres superiores, con mayor participación en cursos de ética. Los principios eran aplicados aceptablemente a pesar de no tener conocimientos sólidos sobre ellos.



Gráfica 1: Conocimiento sobre principios éticos de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Cauca.

CONCLUSIONES

La investigación permite concluir que la enseñanza de ética en enfermería requiere de mayor atención y debe ser transversal en el desarrollo de la carrera, ya que crea bases sólidas en principios éticos que le permitirán al enfermero(a) abordar los dilemas éticos que se presenten a lo largo de su vida profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 PORRA CASALS, Juana Mirha; DÍAZ VALLADARES Irelida y CORDERO LÓPEZ Girelda. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería [en línea]. Disponible en <http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf_11201.htm> [citado el 29 de agosto de 2014]
- 2 URRÁ M, Eugenia; JANA A, Alejandra y GARCÍA V, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales En: Ciencia y Enfermería XVII [en línea]. Vol. N° 3 (2011) <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>> [citado el 11 de septiembre de 2014]
- 3 FIGUEROA Wendy. Conocimientos sobre los principios éticos y las implicaciones legales en las prácticas profesionales de los estudiantes de enfermería. [Citado el 20 de septiembre de 2014] (Disponible en línea). <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/396/1/Conocimientos-sobre-los-principios-eticos-y-las-implicaciones-legales-en-las-practicas-profesionales-de-los-estudiantes-de-enfermeria.html>.

¹ Enfermera UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Especialista en Administración en Salud PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Magister en Administración de Empresas PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Doctorante Ciencias de la Educación UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Docente Ocasional Tiempo Completo. UNIVERSIDAD DEL CAUCA, Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería.

² Alumna Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

³ Alumna Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

⁴ Alumno Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

⁵ Alumna Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

⁶ Alumna Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

⁷ Alumna Programa de Enfermería UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Calidad del cuidado de enfermería: percepción de padres de neonatos hospitalizados en una Unidad neonatal

Lina Ximena Jaramillo Santiago¹

Resumen

El propósito del presente trabajo es describir la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción de los padres de los recién nacidos hospitalizados en una Unidad neonatal de la ciudad de Medellín, Colombia, en el año 2015, mediante la aplicación del instrumento denominado Cuestionario de Satisfacción del Cuidado CARE Q (Caring Assessment Instrument), creado por Larson y Ferketich (1981) y validado por Sepúlveda, Rojas, Cárdenas, Guevara y Castro en el año 2009.

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional (Polit y Hungler, 2000). La muestra estuvo conformada por todos los padres de neonatos que ingresaron a la Unidad neonatal, en un periodo de tres meses.

Los resultados preliminares indican que de 46 participantes, un 67% pertenece al género femenino y un 32% al masculino. La edad promedio fue de 26 años (DE +/- 7.4). El 56% cuenta con estudios secundarios y un 34% universitarios. El 52% de los neonatos se encuentra en Cuidado intermedio y el 47% en Cuidado intensivo.

Las dimensiones en las que se tiene mejor percepción son: 'Monitorea y hace seguimiento' con un 91.3%, mientras que 'Accesibilidad' tiene un 78.3%; 'Conforta', 78.3%; 'Mantiene relación de confianza', 76.1%; 'Se anticipa', 75%; 'Explica y facilita', 67.4%, lo cual indica la necesidad de hacer acciones de mejora.

Por tanto se concluye que la dimensión con percepción más alta está relacionada con las habilidades para brindar el cuidado, y las más bajas, con el componente humano de la calidad de la atención, lo cual pone de manifiesto la importancia de orientar acciones concretas de mejoramiento continuo en relación con el componente humano como elemento clave de la calidad del cuidado y la atención en salud.

Palabras clave: Atención de enfermería, Calidad del cuidado, humanización de la atención, satisfacción del paciente, cuidado neonatal, percepción.

Quality nursing care: perception of parents of hospitalized infants in a Neonatal unit

Abstract

The purpose of this paper is to describe the quality of nursing care from the perception of parents of newborns hospitalized in a neonatal unit in Medellín, Colombia, in 2015, by implementing the instrument called Satisfaction Questionnaire Q Care CARE, created by Larson and Ferketich (1981) and validated by Sepúlveda, Rojas, Cárdenas, Guevara and Castro in 2009.

It is a quantitative, descriptive, cross-sectional, correlational study (Polit and Hungler, 2000). The sample was comprised of all parents of newborns admitted to the neonatal unit, in a period of three months.

Preliminary results indicate that 46 participants, 67% belong to the female and 32% male. The average age was 26 years (DE+/- 7.4). 56% have secondary education and 34% university. 52% of infants were found in intermediate care and 47% in intensive care.

The dimensions that have better perception are: 'Monitors and performs follow-up' with 91.3%, while

¹ Enfermera, Universidad Pontificia Bolivariana; Estudiante de último semestre, Maestría en Enfermería, Universidad de Antioquia. Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Correo electrónico: ximena.jaramillo@upb.edu.co

'Accessibility' has a 78.3%; 'Comforting', 78.3%; 'Maintains trust relationship', 76.1%; 'It is expected', 75%; 'Explains and facilitates', 67.4%, indicating the need for improvement actions.

Therefore it is concluded that the dimension with the highest perception is related to skills for providing care, and the lowest, with the human component of quality of care, which highlights the importance of targeting specific actions of continuous improvement in connection with the human element as a key element of quality of care and health care.

Key words: Nursing care, Quality of care, Humanization of care, patient satisfaction, neonatal care, perception.

Referencias

- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª. ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana de México.
- Sepúlveda, G., Rojas, L., Cárdenas, O., Guevara, E. y Castro, A. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario 'CARE-Q' en versión al español en población colombiana. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE PADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD NEONATAL

Autora: Lina Ximena Jaramillo Santiago, Enfermera, Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidad de Antioquia.

Asesora: Sandra Patricia Osorio Galeano, Enfermera, Especialista en enfermería Neonatal, Magister en Epidemiología, Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

INTRODUCCIÓN

El componente humano es el eje central de la calidad del cuidado de enfermería. Existen diversos estudios que dan cuenta de la importancia de este componente para los usuarios en diferentes contextos de cuidado. A nivel local este aspecto ha sido poco explorado en unidades neonatales. El diseño y validación de instrumentos de medición de percepción de la calidad del cuidado por parte de los pacientes, ha sido de gran utilidad para conocer la voz de los usuarios, por lo que en el presente estudio se aplicará un instrumento validado en Colombia, para acercarse a las percepciones de los padres de neonatos prematuros. Las teorías de Watson y Swanson, dan fundamento desde la perspectiva del cuidado humanizado y atención centrada en necesidades del neonato y su familia.

OBJETIVO

Describir la calidad del cuidado de enfermería, desde la percepción de padres de neonatos hospitalizados, mediante el instrumento CARE Q, 2015.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional en ejecución.

RESULTADOS

Se presentan resultados preliminares, 46 padres de niños prematuros hospitalizados en una unidad neonatal de una institución de salud de tercer nivel de atención que participaron mediante el diligenciamiento del instrumento CARE Q.

Caracterización sociodemográfica

67% son mujeres, 32% son hombres. La edad promedio es 26 años (DE +/- 7.4). El 56% con estudios de secundaria y 34% universitario.

El 52% de los neonatos están en cuidado intermedio y el 47% en cuidado intensivo. El 46% tuvo un peso ≤ 1.500 grs al nacer.

Percepción de la calidad del cuidado a la luz del instrumento CARE Q

A través de las dimensiones del instrumento CARE Q, fue posible establecer la percepción que tuvieron, los padres de niños prematuros hospitalizados en la unidad neonatal frente al cuidado de enfermería. (Ver gráfico 1). Se observa hasta el momento que la dimensión con percepción más alta, está relacionada con las habilidades para brindar el cuidado y las más bajas, se relacionan con el componente humano de la calidad de la atención.



Gráfico 1: Percepción de la calidad del cuidado del enfermería de los padres de neonatos hospitalizados en UCIN, según dimensiones del instrumento CARE Q.



CONCLUSIÓN

La dimensión del cuidado de enfermería frente a la cual los padres de niños prematuros, perciben una calidad más baja, tiene que ver con el componente humano del cuidado. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de orientar acciones concretas de mejoramiento continuo en relación a la humanización como elemento clave de la calidad del cuidado y la atención en salud. Al finalizar el estudio alcanzará la representatividad y se explorarán correlaciones con las variables socioeconómicas.



Universidad
Pontificia
Bolivariana



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1957

Aprendizaje en salud basado en las experiencias del menor maduro en un centro de restablecimiento de derechos a partir de la teoría de Hildegard Peplau

Nathalia Girón Pineda¹

Jeimmy Roxana Hanrryr Garcera²

Resumen

Es necesario conocer que existen condiciones que impiden la generación de cuidado por parte de los padres a sus hijos, ocasionando problemáticas en la creación de ambientes que permitan un desarrollo y protección integral.

El enfermero debe interesarse por la problemática del contexto en el que se desenvuelve, generando espacios de conocimiento e intervenciones propias del quehacer en cada etapa del ciclo vital; es así como, al observar el alarmante aumento en las cifras de abandono infantil presentadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y teniendo en cuenta que según la etapa de desarrollo infantil en la que se produce el maltrato, la gravedad, la relación del agresor con el niño, y otros factores, puede haber diversas consecuencias.

Esta problemática social plantea grandes retos al Estado, la familia y la sociedad debido a las consecuencias generadas y que deben ser abordadas desde el cuidado brindado por enfermería, permitiendo el reconocimiento de la experiencia del individuo a través de la teoría de las relaciones interpersonales y la creación de procesos que incidan de manera significativa en la problemática planteada, pues el actuar del enfermero en ésta es poco evidenciable; así se originaría espacios en los cuales se realice acciones que incidan fuertemente en la condición de las personas que viven una crisis no normativa y se encuentran en un estado de equilibrio inestable, siendo una condición propia del ser humano según se contempla en la teoría de Peplau.

Palabras clave: Relaciones interpersonales, experiencia, menor maduro.

Learning in health based on the experiences of mature minor from the theory of Hildegard Peplau

Abstract

It is necessary to know that there are conditions that prevent the generation of care from parents to their children, causing problems in creating environments that allow development and comprehensive protection.

The nurse must be concerned with the problem of the context in which works, creating spaces of knowledge and own interventions about each stage of the life cycle; so when it is observed the increase in the numbers of children abandoned, presented by the Colombian Family Welfare Institute (known in Spanish as ICBF) and considering that according to the stage of child development when the abuse is presented, the severity, the relationship of the perpetrator to the child, and other factors, there may be several consequences.

This social problem poses enormous challenges to the state, family and society due to the consequences that are generated and that must be treated from the caring provided by nurses, allowing the recognition of the individual's experience through the theory of interpersonal relationships by generating processes that have a significant impact on the problems, because the acting nurses on this is few recognizable; this would generate spaces for actions that have a strong impact on the condition of people living a no normative crisis and are

¹ Correo electrónico: roxanahanrryr@hotmail.com.ar

² Correo electrónico: na-thalia92@hotmail.com

in a state of unstable equilibrium, that is a condition of human beings, contemplated in the theory of Peplau.

Key words: interpersonal relationships, experience, mature minor.

Objetivos

General: Conocer el proceso de aprendizaje en salud basado en las experiencias del menor maduro entre 14 y 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos, desde la teoría de las relaciones interpersonales.

Específicos: Reconocer las fases de orientación, de identificación, de explotación, de resolución.

Metodología: Investigación con enfoque fenomenológico. La recolección de los datos se hará a través de entrevista semiestructurada. El análisis se realizará con Atlas.ti.

Objectives

General: Meet the learning process in health based on the experiences of mature child between 14 and 17 years old in a center for restoration of rights, from the theory of interpersonal relationships.

Specific: Recognize the orientation, identification, operation and resolution phases.

Methodology: Phenomenological approach research. The collection of data will be done through a semi-structured interview. The analysis will be performed with Atlas.ti.

Key words: Relationships, experience, mature minor.

Bibliografía

Durán, E. y Valoyes, E. (2009). Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 7(2), 761-783

Sáez, A., Castro, M. y Martínez, M. (2008). *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil*. Madrid, España: Mayoral.

Tribunal Nacional Ético de Enfermería. (s.f.). Recuperado de http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=category&id=40&Itemid=64

“Aprendizaje en salud basado en las experiencias del menor maduro desde la teoría de Hildegard Peplau”

Universidad del Quindío
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
X semestre



Nathalia Girón Pineda
Jeimmy Roxana Hanrryr
Jeisson Andrés Hincapié Carvajal

OBJETIVO GENERAL

Conocer el proceso de aprendizaje en salud basado en las experiencias del menor maduro entre 14 – 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos, desde la teoría de las relaciones interpersonales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

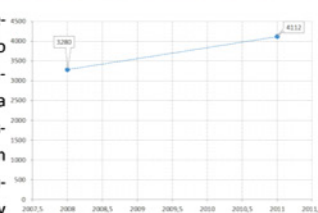
- * Reconocer la fase de orientación en el menor maduro entre 14 – 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos.
- * Reconocer la fase de identificación en el menor maduro entre 14 – 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos.
- * Reconocer la fase de explotación en el menor maduro entre 14 – 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos.
- * Reconocer la fase de resolución en el menor maduro entre 14 – 17 años de edad en un centro de restablecimiento de derechos.

METODOLOGÍA

Investigación de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico.

La recolección de los datos a través de entrevista semiestructurada. El análisis se realizará con Atlas.ti.

Es necesario conocer que existen condiciones que impiden la generación de cuidado por parte de los padres a sus hijos, ocasionando problemáticas en la creación de ambientes que permitan un desarrollo y protección integral. El enfermero debe interesarse por la problemática del contexto en que se desenvuelve, generando espacios de conocimiento e intervenciones propias del quehacer en cada etapa del ciclo vital; es así como al observar el alarmante aumento en las cifras de abandono infantil presentadas por el ICBF y teniendo en cuenta que según la etapa de desarrollo infantil en que se produce el maltrato, la gravedad, la relación del agresor con el niño, y otros factores, pueden presentarse diversas consecuencias, esta problemática social plantea grandes retos al Estado, la familia y la sociedad” debido a las consecuencias que se generan y deben ser abordadas desde el cuidado brindado por enfermería, permitiendo el reconocimiento de la experiencia del individuo a través de la teoría de las relaciones interpersonales y generar procesos que incidan de manera significativa en la problemática planteada, pues el actuar del enfermero en esta es poco evidenciable, así se generarían espacios en los cuales se realicen acciones que incidan fuertemente en la condición de las personas que viven una crisis no normativa y se encuentran en un estado de equilibrio inestable, siendo una condición propia del ser humano según se contempla en la teoría de Peplau.



Calidad de vida en pacientes con cáncer de seno en un instituto cancerológico del sur occidente de Nariño

Yessica Viviana Termal Oliva¹

Daniela Yela

Johana Santacruz

José Hernández

Carlos Julio Zambrano

Juan Carlos Cabrera

Resumen

El cáncer de seno se ha convertido en los últimos años en la patología maligna más frecuente en las mujeres, hecho que produce impacto en aspectos psicológicos, físicos y sociales para las pacientes que lo padecen, ocasionando alteraciones en su calidad de vida.

Esta enfermedad es la causa más común de muerte en mujeres, ya que más de 1,1 millones de ellas en el mundo, son diagnosticadas con carcinoma de seno al año. La presente investigación es interesante porque permite determinar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, enfocándose en la caracterización de la persona y su calidad de vida en las dimensiones: física, psicológica, social y espiritual.

Con los resultados se obtendrá información útil para elaborar una cartilla educativa que ayude a mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de seno y apoye con información valiosa a los profesionales de enfermería especializados en el área de oncología.

Esta investigación es novedosa ya que en Nariño no se ha realizado estudios que permitan determinar la calidad de vida de las pacientes. El trabajo servirá como referente bibliográfico para futuras investigaciones tanto a nivel nacional como internacional. El objetivo es identificar la calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de seno, con el fin de diseñar una propuesta educativa.

Es una investigación de tipo descriptivo, bajo un paradigma de investigación cuantitativo, de Método Empírico Analítico, con una población de 200 pacientes con cáncer de seno en el Instituto Cancerológico del Suroccidente de Nariño.

Palabras clave: calidad de vida, cáncer de mama, diagnóstico, atención de enfermería, percepción.

Quality of life in patients with breast cancer in a cancer institute in the southwest of Nariño

Abstract

Breast cancer has become in recent years the most common malignancy in women, a fact that has impact in psychological, physical and social aspects for patients who suffer it, causing alterations in their quality of life.

This disease is the most common cause of death in women, as more than 1.1 million of them in the world are diagnosed with breast cancer annually. This research is interesting because it allows determining the quality of life of patients with breast cancer, focusing on the characterization of the person and the quality of life in the physical, psychological, social and spiritual dimensions.

¹ Técnico asistencial de Administración empresarial y financiero, INESUR Pasto. Estudiante de Enfermería, 6° Semestre, Universidad Mariana de Pasto. Correo electrónico: yessitermal@hotmail.com

The results allow getting useful information for developing an educational booklet to help improve the quality of life of patients with breast cancer and support nursing professionals, specialized in oncology with valuable information.

This research is novel because in Nariño has not done studies to determine the quality of life of patients. The work will serve as a bibliographic reference for future research both nationally and internationally. The aim is to identify the quality of life in patients diagnosed with breast cancer, in order to design an educational proposal.

It is a descriptive research under a paradigm of quantitative research, Analytical Empirical Method, with a population of 200 patients with breast cancer in the Cancer Institute of the southwestern in Nariño.

Key Words: quality of life, breast cancer, diagnosis, Nursing Care, perception.

Referencias

Instituto Nacional de Cancerología. (2008). Anuario Estadístico. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/documentos/Anuario%20Estadistico/2008/Anuario2008.pdf> (20/10/2014).

Causas y efectos del consumo de bebidas energizantes en estudiantes de Enfermería de una universidad privada del suroccidente colombiano

Amanda Maribel Chalapud Pastás¹

Resumen

Las bebidas energizantes tienen una amplia distribución y su consumo ha aumentado en la comunidad universitaria, debido a su fácil acceso, sus propiedades estimulantes y las características de inocuidad que se les atribuye. Alrededor de este tipo de líquidos se ha tejido una discusión en torno a los problemas de salud que podrían generar en las personas que los consumen con frecuencia, especialmente la población joven, por lo tanto es necesario tomar medidas para disminuir la incidencia de esta problemática.

El objetivo del presente estudio investigativo es determinar las causas que influyen en el consumo de bebidas energizantes y los efectos que éstas producen en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Mariana en el período 2015 – 2016, con el fin de plantear una propuesta educativa para proporcionar información y crear conciencia de la importancia de la disminución de su consumo a través de un folleto.

En consecuencia, el tipo de investigación es descriptivo, bajo un paradigma cualitativo con enfoque empírico analítico. La población son los estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad Mariana y la muestra, los estudiantes de tercero a sexto semestre.

Palabras clave: Bebidas, análisis de causa, efectos, consecuencias de salud, autocuidado.

Causes and effects of consumption of energy drinks in nursing students from a private university in Colombian southwest

Abstract

Energy drinks have a wide distribution and its consumption has increased in the university community, because of its easy access, its stimulant properties and safety characteristics attributed to them. Around this type of liquid it has woven a discussion of health problems that could result in people who often drink them, especially young people, so it is necessary to take measures to reduce the incidence of this problem.

The aim of this research study is to determine the causes that influence the consumption of energy drinks and the effects they produce in students of Nursing at Mariana University in the period 2015 - 2016 in order to raise an educational proposal to provide information and awareness of the importance of decreasing consumption through a brochure.

Consequently, the research is descriptive, under a qualitative paradigm with empirical analytical approach. The population is the students of the Nursing Program in Mariana University and the sample, students from third to sixth semester.

Key words: Drinks, analysis of cause, effects, consequences of health, self-care.

¹ Estudiante de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: amandachalapud@gmail.com

El autocuidado en el profesional de enfermería, una motivación para humanizarse y humanizar

Carmen Ofelia Narváez Eraso¹

María Teresa Narváez Eraso²

Myriam Piedad Erazo Martínez³

Resumen

La presentación se enmarca en el desarrollo del proyecto incluido en la investigación multicéntrica denominada Percepción de los estudiantes de enfermería de universidades colombianas, sobre la influencia del currículo de formación profesional en el autocuidado de su salud 2014-2015.

Las escasas motivaciones intrínsecas, las pocas motivaciones extrínsecas, el síndrome del quemado, el contacto permanente con el sufrimiento, la tecnología en los ámbitos del reduccionismo y la tecnolatría y la autoestima, se constituyen en múltiples factores que inciden en el desempeño humanizante de la atención de enfermería.

El autocuidado es una tarea urgente a la que están llamados los enfermeros(as) como correspondencia de la humanización de la enfermería, constituyéndose en una alianza con la persona, consigo mismos y con su forma de vivir.

Palabras clave: Autocuidado, humanización, motivación, enfermero(a).

The self-care in nurses, a motivation for humanizing and humanize

Abstract

The next presentation is part of the project included in the multicenter study called Perception of nursing students from Colombian universities, on the influence of the curriculum of training in self-management of their health 2014-2015.

The few intrinsic motivation, the few extrinsic motivations, burnout syndrome, permanent contact with suffering, technology in the fields of reductionism and technolatrý and self-esteem, constitute multiple factors that affect the performance of humanizing care of nursing.

Self-care is an urgent task to which all those nurses are called as correspondence of humanization of nursing, becoming an alliance with the person, themselves and their lifestyle.

Key words: Self-care, humanization, motivation, nurse.

¹ Especialista en el Cuidado del Paciente Crítico, Universidad Mariana. Docente Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: cnarvaez@umariana.edu.co

² Magíster Scientiae en Biología de la Conservación, Universidad Nacional de Costa Rica. Docente Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: manarvaez@umariana.edu.co

³ Magíster en Enfermería, Universidad del Valle. Docente Programa de Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: meraso@umariana.edu.co

Bibliografía

- Aguado, E. y Ramos, D. (2013). *Factores Sociodemográficos y Estilos de vida en estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza 2013*. (Trabajo de grado). Lima, Perú.
- Báez, F., Zenteno, M., Flores, M. y Rugerio, M. (2012). Capacidades, acciones de autocuidado e indicadores de salud en adultos jóvenes universitarios de enfermería. Recuperado de <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/167>
- Guirao-Goris, J. (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare*, 21(2).
- Hernández, L., Zequeira, D. y Miranda, A. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 30-41.
- Landeros, E. y Gallegos, E. (2005). Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13(1-2), 20-24
- Congreso de Colombia. (1996). Ley 266 del 25 de Enero de 1996 “Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dicta otras disposiciones”. Recuperado de www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
- Mera, G., Caldas, L., Idrobo, V., Solís, W. y Ordoñez, J. (2013). Seroconversión postvacunal contra el antígeno de superficie del virus de Hepatitis B en estudiantes de enfermería. *Dialnet*, 15(3), 12-16. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4753987>
- Ministerio de Educación Nacional. Ley 30 de 1992 “Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior”. Recuperado de www.mineducacion.gov.co/1621/article-86437.html. Revisado en Abril de 2014.
- Navarro, Y. y Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un Grupo Comunitario a través del Proceso de Enfermería. *Revista Enfermería Global*, 9(2).
- Rebolledo, D. (2010). Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem (Trabajo de grado). Universidad de Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a.pdf>
- Rueda, Y. y Gálvez, N. (2014). Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto universitario: un análisis desde la teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, 2013. *TZHOECOEN Revista Científica*, 6(1).
- Sánchez-Jiménez, B., Samano, R., Chinchilla-Ochoa, D. y Rodríguez-Ventura, A. (2014). Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional. *Salud Pública de México*, 56(3), 235-236.
- Silva, M. (2013). *Acciones de autocuidado en aspectos alimentarios en relación con la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la licenciatura en enfermería*. (Trabajo de Grado). Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1754/1/RI001220.pdf>
- Valencia, A., Narváez, C. y Rosero, M. (2010). Situación de los estudiantes de Enfermería y Auxiliar en Enfermería ante el riesgo biológico. *Revista UNIMAR*, 53, 25-29.

Enseñar el Cuidado de Enfermería. “Un Proceso de Humanización”

Mildred Rosero Otero¹

Resumen

El trabajo hace parte de la tesis doctoral titulada “Comprendiendo la Enseñanza del Cuidado Humano en Enfermería” que se está desarrollando en el Programa de Enfermería de la Universidad Mariana y que tiene como objetivo la comprensión de los significados que tanto docentes como estudiantes le atribuyen a la experiencia de enseñar y aprender sobre el cuidado humano.

Se utiliza el referencial teórico de la Teoría de la Complejidad de Edgar Morín, que ayudará a entender que los procesos de enseñanza aprendizaje son procesos de interrelación complejos. La metodología utilizada se enmarca dentro del paradigma cualitativo con la Teoría Fundamentada en los Datos o *Grounded Theory* que permitirá la construcción del modelo teórico y procesual. La técnica para la recolección de la información es la entrevista a profundidad que se realiza a cada integrante de los grupos muestrales hasta la saturación teórica de los datos.

El análisis de los datos se lleva a cabo con la codificación propuesta por Strauss y Corbin (2002) en sus tres momentos: abierta, axial y selectiva, y se utiliza el software NVivo 10 para el proceso de análisis concomitante. Como consideraciones éticas se tiene en cuenta las contempladas en la Resolución colombiana 008430 de 1993 en la que se establece los principios, normas y procedimientos para la investigación con seres humanos, y de igual manera los principios éticos de Ezequiel Emanuel.

Palabras clave: Enseñanza, cuidado, cuidado humano.

Abstract

The work is part of the doctoral thesis entitled “Understanding the Teaching of Human Care Nursing” that is developing in the Nursing Program at Mariana University, Pasto (Colombia), which aims to understand the meanings that both teachers and students attribute to the experience of teaching and learning about human care.

This is being done under the theoretical framework of complexity theory of Edgar Morin, which will help understand that teaching and learning processes are complex interrelationship processes. The methodology is framed within the qualitative paradigm with Grounded Theory permitting construction of theoretical and process model. Data collection technique is the in-depth interview to each member of the sample groups carried out until theoretical saturation of data.

The data analysis is performed with the coding given by Strauss and Corbin (2002) in three stages: open, axial and selective, and the software NVivo 10 for concomitant analysis process. Colombian Resolution 8430 of 1993 on the principles, rules and procedures for research involving human beings, and the ethical principles of Ezekiel Emanuel, provide ethical considerations for the job.

Key words: Teaching, care, human caring.

¹ Magíster Salud Ocupacional, Universidad del Valle / Universidad de Nariño; Candidata a Doctora en Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile; Enfermera egresada de la Universidad Mariana. Docente Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: milerooot2005@yahoo.es

Bibliografía

- Baggio, M. y Erdmann, A. (2011). Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Referência Revista de Enfermagem*, 3(3), 177-185.
- Dias, E., Santana, L. y Oliveira, E. (2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 19(2), 252-260.
- Erdmann, A., Leite, J., Costa, I., Trevizan, M. y Carvalho, C. (2005). Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001 – 2003. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 35-46
- Gutiérrez, L. y Hernández, S. (2007). Significado del discurso de cuidado del docente en la formación del estudiante frente al acto de cuidado humanizado. *Biblioteca Lascasas*, 3(1).
- Jiménez, L., Ostiguín, R. y Bermúdez, A. (2009). El concepto de persona, como determinante del cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6(3), 40-44.
- Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 16(3), 520-530.
- Paiva, A. (2004). Edgar Morín y el pensamiento de la complejidad. *Revista Ciencias de la Educación*, 4(1), 239-253.
- Pereira, J. (2010). Consideraciones básicas del pensamiento complejo de Edgar Morín en la educación. *Revista Electrónica Educare*, 14(1), 67-75.
- Rivera, L. y Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68.
- Steim, D., Steim, M., Biasuz, C. y Erdmann, A. (2012). Sistema de cuidado de enfermería en la perspectiva luhmanniana. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 20(5).
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Nivel de conocimiento sobre el autocuidado del cáncer de cérvix

Daissy Stefania Portilla Zamora¹

Resumen

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2013), el cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en la mujer, presentándose cada año en el mundo, un diagnóstico de 500.000 casos nuevos, causando entre un 86% y un 88% de las muertes en los países en vías de desarrollo (Almonte et al., 2010).

Datos estadísticos afirman que en la comuna cuatro del municipio de Pasto, se encuentra el mayor índice de morbilidad por cáncer de cérvix (Universidad de Nariño, 2005).

Lo anterior permite evidenciar la importancia de este proyecto, porque se puede determinar las edades con mayor déficit de conocimiento acerca del cáncer de cérvix, al igual que la desigualdad en la cual viven las mujeres de los países en vías de desarrollo, respecto a aquéllas de los países desarrollados (Arzuaga-Salazar, De Souza y De Azevedo, 2011).

Por otra parte, no existen en el municipio de Pasto estudios similares, encaminados a analizar comunas afectadas por esta patología, y la información recolectada en éste, puede ser útil en un futuro, para implementar adecuadamente diversas estrategias; de ahí que el objetivo sea determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidado para la prevención del cáncer de cérvix, realizando para ello un estudio descriptivo, con enfoque empírico analítico, con una población de 4.682 mujeres de diferentes edades, asistentes al programa de promoción y prevención, toma de citología del Centro de Salud Lorenzo de Aldana y El Rosario, en el periodo Febrero-Noviembre de 2015, de la cual se toma una muestra de 355 mujeres, con las cuales se implementa como instrumento, una encuesta.

Palabras clave: Autocuidado, Papiloma Humano, Citología, Factores de Riesgo, Conocimientos.

Level of knowledge on self-care of cervical cancer

Abstract

According to the Pan American Health Organization (2013), cervical cancer is the second most common cancer in women, occurring each year worldwide, a diagnosis of 500,000 new cases, causing between 86% and 88% of deaths in developing countries (Almonte et al., 2010).

Statistics show that in the commune four of Pasto, there is the highest rate of mortality from cervical cancer (Universidad de Nariño, 2005).

This makes evident the importance of this project, because it is possible to determine ages with more deficit about the knowledge of cervical cancer, as well as the inequality in which women in countries developing live, compared to those of developed countries (Arzuaga-Salazar, De Souza and De Azevedo, 2011).

Moreover, there are no similar studies in the municipality of Pasto, aimed at analyzing communes affected by this disease, and the information collected on this one may be useful in the future, to properly implement various strategies; hence the objective is to determine the level of knowledge about self-care for cervical cancer prevention, carrying out a descriptive study, analytical empirical approach, with a population of 4,682 women of different ages, attending the promotion and prevention program, making cytology at *Lorenzo de Aldana* and *El Rosario* Health Center in the period from February to November 2015, with a sample of 355 women, implementing a survey as an instrument.

Key words: Self-care, human papillomavirus, Cytology, Risk Factors, Knowledge.

¹ Correo electrónico: estefaniaportilla0816@gmail.com

Referencias

- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C. et al. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(6), 544, 559.
- Arzuaga-Salazar, M., De Souza, M. y De Azevedo, V. (2011). El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol28_1_12/enf07112.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf
- Universidad de Nariño. Centro de Estudios en Salud. (2005). Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto, RPCMP. Recuperado de <http://rpcmp.udenar.edu.co/>

Patrones de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes que cursan noveno, décimo y décimo primer grado de una institución educativa oficial del sur occidente colombiano

Karen Sofía Benavides Reyes¹

Luisa Fernanda Bolaños

Tania Julieth Cabrera Chingal

Luisa Fernanda Figueroa Chapal

Angie Tatiana Jurado Calvache

Resumen

El problema del consumo de alcohol en adolescentes, es una de las molestias más impactantes en la sociedad, no sólo por su magnitud, sino por la tendencia y las complicaciones consecuentes, ya que es una sustancia psicoactiva capaz de generar dependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) señala que ésta es la causa de 80.000 muertes al año en América, lo cual refleja la importancia de que tanto los jóvenes, como los padres y educadores, tengan un amplio conocimiento acerca de los problemas causados por el alcohol, problema que se hace más evidente en la época actual, provocando que los estudiantes, en su mayoría adolescentes, tengan un bajo rendimiento académico.

Estudios realizados en Colombia en el año 2012 concluyeron que dos de cada tres estudiantes entre los 11 y 18 años han tomado alcohol alguna vez en su vida; de hecho, el 40% aceptó haber tomado bebidas alcohólicas en el último mes, por lo cual se demuestra que cerca del 12% de la población presenta consumo de alcohol riesgoso y perjudicial.

Palabras clave: consumo de bebidas alcohólicas, bebidas alcohólicas, adolescentes.

Patterns of alcohol consumption in adolescents of a Colombian official school

Abstract

The problem of alcohol consumption among adolescents is one of the most shocking discomforts in society, not only for its size, but by the tendency and the resulting complications, as it is a psychoactive substance capable of generating dependency. The World Health Organization (WHO) (2014) points out that this is the cause of 80,000 deaths a year in America, which reflects the importance that both young people as parents and educators, have extensive knowledge about problems caused by alcohol, a problem that becomes more evident at the present time, causing that students, mostly teenagers, have a low academic performance.

Studies conducted in Colombia in 2012 concluded that two out of three students between 11 and 18 have taken alcohol at some time in their lives; in fact, 40% reported drinking alcohol in the last month, which shows that about 12% of the population suffers risky and harmful consumption of alcohol.

Key words: drinking, alcohol, teen.

¹ Correo electrónico: krnsolfii@gmail.com

Polifarmacia en adultos mayores entre las edades de 60-80 en los municipios de Guaitarilla y Linares

Yenny Alexandra Galindez Martínez¹

Resumen

La pirámide poblacional mundial refleja el crecimiento demográfico de la población adulta, la cual consume una elevada cantidad de medicamentos, debido a enfermedades crónicas y automedicación, y representa hoy en día un problema global.

La prescripción inadecuada en esta población se asocia con un aumento de la morbilidad, eventos adversos de los medicamentos, hospitalización y muchas veces mortalidad. Por tal razón, el interés de la investigación es detectar de manera temprana la polifarmacia y así evitar su progresión. El aporte será bastante grande, y permitirá visualizar la situación real de la razón, además de lo novedoso, en el sentido de que en la región no existe hasta el momento un estudio como el que se pretende realizar. Por lo tanto el objetivo de la investigación es describir los factores que conllevan a la polifarmacia de adultos mayores de 60 a 80 años que pertenecen a los Centros de salud de los municipios de Guaitarilla y Linares en el periodo Enero - Diciembre 2015, con el fin de diseñar una cartilla educativa.

La línea de investigación es el cuidado de enfermería; el área problemática es el autocuidado; se maneja un paradigma cuantitativo; el enfoque es empírico analítico y la investigación es de tipo descriptiva. La Población está conformada por 160 adultos mayores de los centros de salud mencionados, y la muestra es de 114 adultos mayores, tomando 57 pacientes en cada municipio.

Palabras clave: Polifarmacia, anciano, autocuidado, factores adversos, enfermedades crónicas.

Abstract

The global population pyramid reflects the population growth of the adult population, which consumes a large amount of drugs, due to chronic diseases and self-medication, and is now a global problem.

Inappropriate prescribing in this population is associated with increased morbidity, adverse drug events, hospitalization and sometimes death. For this reason, the interest of the research is the early detection of polypharmacy and could prevent its progression. The contribution will be quite large, and will allow visualizing the real situation of the reason, besides the novelty, in the sense that in the region there is no a study with this characterization. Therefore the aim of the research is to describe the factors that lead to polypharmacy adults aged 60 to 80 years belonging to the health centers in the municipalities of Guaitarilla and Linares in the period January - December 2015, to design an educational booklet.

The research is nursing care; the problematic area is the self-care; a quantitative paradigm is handled; the approach is analytical and empirical research is descriptive. The population is made up of 160 adults over the health centers mentioned, and the sample of 114 older adults, taking 57 patients in each municipality.

Key words: polypharmacy, elderly, self-care, adverse factors, chronic diseases.

Referencias

García, L., Radámes, R., Aquey, M., Hernández, A. y Corzo, A. (2010). Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Geriatria. *GeroInfo Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria* 5(1). Recuperado de <http://files.sld.cu/gericuba/files/2010/08/publicacion-polifarmacia-robin.pdf>

¹ Estudiante Sexto Semestre Enfermería, Universidad Mariana. Correo electrónico: jennyallexag31@gmail.com

- Martínez-Arroyo, J., Gómez-García, A. y Saucedo-Martínez, D. (2014). Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*, 150(1), 29-38.
- Oliveira, G., Da Silva, S., Dias, R. (2013). Uso de medicamentos por hombres ancianos con polifarmacia: representaciones y prácticas. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(6), 1337-1344.
- Serra, M., Germán, J. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(1), 142-151.



Programa de atención integral: Convertirse en madre durante la adolescencia. Activación del rol materno

Tania Rocío Rincón Villamil¹

Leidy Yaneth Hernández Mancipe²

Claudia María Moreno Mojica³

Resumen

Las adolescentes gestantes constituyen un grupo poblacional vulnerable, con deficiente soporte social y/o familiar, bajo nivel socioeconómico y educativo, tensión emocional, sentimientos de tristeza y desesperanza, discriminación, vergüenza, baja autoestima, limitación en el proyecto de vida, fracaso en la adquisición de su independencia, desequilibrio entre la construcción de la identidad personal frente a la materna, e imposibilidad de constitución de una familia estable, factores que afectan su calidad de vida y la del hijo(a) por nacer, lo cual contribuye a una alta inasistencia y una mala adherencia a los servicios de salud, junto a una menor disposición en el autocuidado del proceso de gestación, como lo expresan Noguera y Alvarado (2012).

El objetivo del presente trabajo es evaluar y continuar la implementación y desarrollo de la estrategia de cuidado de enfermería, de tal manera que se promueva el cuidado integral de la adolescente gestante, para la activación del rol materno durante el control prenatal.

Como Materiales y Métodos, el trabajo es un proyecto de gestión de cuidado que se fundamenta en la teoría de Ramona Mercer (2004), desde sus cuatro conceptos de Apoyo; está estructurado desde el marco lógico como estrategia de planeación, ejecución y evaluación, que contará con la participación de veinte adolescentes en gestación, un equipo interdisciplinario intramural perteneciente al Hospital Regional de Duitama, compuesto por cinco enfermeras, dos gineco obstetras, un psicólogo, una nutricionista y una trabajadora social, y un equipo extramural perteneciente a la Empresa Social del Estado E.S.E. Salud del Tundama: una enfermera, un médico, una psicóloga y un trabajador social.

Dentro de los Resultados y Avances se puede apreciar la adopción e implementación de la estrategia de cuidado de enfermería y apertura institucional del Centro de apoyo y cuidado para adolescentes gestantes “Creciendo Juntos” por parte de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, la creación de una red interna y una externa a nivel municipal, para el cuidado integral de la adolescente gestante, la pareja y/o familiar, que permitió la activación del rol materno durante el control prenatal, sustentado en el concepto descrito por Mercer (2004), quien considera al personal de enfermería como el grupo de profesionales responsables de promover la salud de la mujer, el niño y la familia, y de ser pioneros en desarrollar y compartir estrategias de valoración y cuidado para esta población, como también lo corrobora Meleis (2010).

Se realiza la valoración integral de seis gestantes en el Centro “Creciendo Juntos” del Hospital Regional de Duitama, encontrando la edad media del grupo en 16.5 años, quienes viven en unión libre, cuentan con una escolaridad básica y son primigestantes. El equipo de salud encontró que las adolescentes tuvieron un embarazo no deseado, mantienen un alto riesgo de depresión, lo cual termina alterando el rol familiar, causando anemia, infección de las vías urinarias, que a su vez puede desencadenar desproporción céfalo-pélvica. Según la Tabla de Índice de Masa Corporal respecto a las semanas de gestación, ésta se encuentra enflaquecida.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia, Salud de los adolescentes, Atención prenatal, Cuidado de enfermería.

¹ Estudiante Pregrado Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: taniarincon2609@gmail.com

² Estudiante Pregrado Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: leidyhernandez.0202@gmail.com

³ Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; Magíster en Enfermería, Universidad de La Sabana; Candidata a Magíster en Pedagogía, Universidad Santo Tomás de Aquino. Docente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico:claudia.morenom@outlook.com

Comprehensive care program: Becoming a mother during adolescence. Waking up the maternal role

Abstract

Pregnant adolescents are a vulnerable population group, with poor social and / or family support, low socioeconomic and educational level, emotional stress, feelings of sadness and hopelessness, discrimination, shame, low self-esteem, limitation on the ideal of living, failure in the acquisition of their independence, imbalance between the construction of the personal identity versus the maternal role, and inability to establish a stable family, factors affecting their quality of life and the unborn child, which contributes to high absenteeism and poor adherence to health services, with less willingness in taking care of the process of gestation, as expressed by Noguera and Alvarado (2012).

The aim of this study is to evaluate and continue the implementation and development of the strategy of nursing care, so that the integral care of the pregnant teenager is promoted, for activation of the maternal role during antenatal care.

As Materials and Methods, the work is a project of care management based on the theory of Ramona Mercer (2004), from its four concepts of support; it is structured from the logical framework as strategy of planning, execution and evaluation, which will involve twenty pregnant adolescents, an intramural interdisciplinary team member of Duitama Regional Hospital, composed of five nurses, two obstetrician gynecologist, a psychologist, a nutritionist and a social worker; and an extramural team belonging to the State Social Enterprise ESE Tundama Health: a nurse, a doctor, a psychologist and a social worker.

Within results and progress can be seen the adoption and implementation of the strategy of nursing care and institutional opening of the Center for support and care for pregnant adolescents “*Creciendo Juntos*” by the ESE Duitama Regional Hospital, creating an internal and an external network at town level, for the care of pregnant adolescent, the couple and / or family, allowing activation of the maternal role during antenatal care, based on the concept described by Mercer (2004), who believes that nurses as professionals responsible for promoting the health of women, children and the family, and the pioneer in developing and sharing strategies of assessment and care for this population, as well as ratified by Meleis (2010).

The comprehensive assessment is performed at six pregnant women in the “*Creciendo Juntos*” Center of Duitama Regional Hospital, finding the average age of the group in 16.5 years, cohabiting unmarried, have a primary school, and are pregnant for the first time. The health team found that these teens had an unwanted pregnancy, maintain a higher risk of depression, altering the family role, causing anemia, urinary tract infection, which in turn can trigger cephalo-pelvic disproportion. According to Chart Body Mass Index compared to the weeks of gestation, it is emaciated.

Key words: teenage pregnancy, adolescent health, prenatal care, nursing care.

Referencias

- Noguera, N. y Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de enfermería*, 7(7), 151-160.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL: CONVERTIRSE EN MADRE DURANTE LA ADOLESCENCIA

Tania Rincon Villamil
Leidy Hernández Mancipe
Claudia María Moreno M.
UPTC - Escuela de Enfermería
Grupo de Investigación Calidad y Cuidado

Mercer (2004). Define convertirse en madre como un proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo. En este sentido, el proceso de transición inicia en la gestación, es continuo y fluctuante, requiere metas, comportamientos y responsabilidad propia de la mujer para alcanzar un nuevo concepto e identidad de sí misma como madre (1) La adolescente, inicia este proceso al asumir el rol de mujer adulta enfrentando una situación desconocida que genera alteración en el desarrollo de su proyecto de vida que se ve influenciado por sus padres quienes esperan conductas y actitudes responsables que generan confusión de roles, afecto, confianza y propician la incapacidad de la adolescente para establecer la aceptación y el vínculo con su hijo durante la gestación (2).



Objetivo: Evaluar y continuar el desarrollo de la estrategia de cuidado de enfermería en la promoción del cuidado integral de la adolescente gestante para activación del rol materno durante el control prenatal.

Método: Proyecto de gestión del cuidado estructurado bajo la metodología del Marco Lógico.

INTERVENCIÓN

La intervención se estructura a través de un abordaje de apoyo integral basado en los conceptos que establece Mercer.



- La implementación de la estrategia de cuidado de enfermería promueve el cuidado integral de la adolescente gestante, pareja y/o familiar, para activación del rol materno.
- La Estrategia valida la visibilidad del cuidado sustentado en una teoría de enfermería, al dar respuesta a las necesidades humanas, así como la afirmación de conceptos utilizados en la propuesta, donde el convertirse en madre.



1. Mercer R. Becoming a mother versus maternal role attainment. JNS. [Citado en línea] 2004 [Consultado 16 de Marzo 2014]; 13(4): 226. Disponible en: <http://jns.sagepub.com/resources/images/stories/pdf/1304.pdf>

2. Sierra Flores, C.M. La maternidad en la adolescencia, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, [citado] [consultado 2009]. Consultado el 27 de marzo de 2014. Disponible en: www.ccs.ual.es/revistas/CCS/revista.htm

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD
RESOLUCIÓN 6963 DE 2010 MEN



Uptc
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia



Tipo de consumo de alcohol en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad del sur occidente de Colombia en el periodo enero – junio de 2015

Yurani Marcela Jaramillo Córdoba

Natalia del Rosario Escobar Matabanchoy

Leidy Vanessa Jaramillo Larraniaga

Paola Andrea Morillo Ortega

July Fernanda Ortega Gómez

Resumen

La presente investigación pretende identificar el tipo de consumo de alcohol en estudiantes del programa de Enfermería de una universidad del sur occidente de Colombia en el periodo enero – junio de 2015. Este consumo es considerado un problema de salud pública que ha generado interés tanto en la instancia sanitaria como en los establecimientos educativos, ya que es una sustancia adictiva, de uso habitual en la sociedad, especialmente en los jóvenes.

Por esta razón, se planteó determinar el tipo de consumo de alcohol, con el fin de elaborar una propuesta educativa de acuerdo con los resultados encontrados. De igual manera, identificar las características socio-demográficas de estos estudiantes, determinar el grado de riesgo de consumo, identificar la presencia de síntomas o el inicio de la dependencia alcohólica y el consumo perjudicial relacionado con el alcohol.

Se identificará el tipo de consumo de alcohol en la población universitaria de primero a octavo semestre, teniendo en cuenta unas variables sociodemográficas, con la aplicación del test Audit cuestionario avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y, en particular, para ayudar al profesional de enfermería a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o una dependencia del alcohol.

Enfatizando, el consumo hace referencia a cualquier ingesta de alcohol, en la que se puede distinguir tres tipos: -consumo de riesgo, que se refiere a que el individuo que consume alcohol aún no ha experimentado ningún tipo de trastorno; -consumo perjudicial, patrón de bebida que ya ha causado daño para la salud, y -la dependencia, conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que aparecen después del consumo periódico de alcohol.

Por lo anterior, cabe decir que los estudiantes del área de la salud son los futuros profesionales sanitarios responsables de la atención en salud a la comunidad y deben ser el modelo a seguir en cuanto a estilos de vida saludables, motivo por el cual es importante prestar especial atención a este grupo, ya que se ven expuestos a un sinnúmero de factores de riesgo en la sociedad, lo cual influye en el incremento del consumo de bebidas alcohólicas.

Palabras clave: alcohol, tipo de consumo, prevención, enfermería.

Abstract

This research aims to identify the type of alcohol in nursing program students of a university in the south west of Colombia in the period January-June 2015. This consumption is considered a public health problem that has generated interest in both health resort or in educational establishments as it is an addictive substance, commonly used in society, especially among young people.

For this reason, it was proposed to determine the type of alcohol, in order to develop an educational proposal according to the findings. Similarly, identify the socio-demographic characteristics of these students; determine the degree of risk for consumption and identify the presence of symptoms or onset of alcohol dependence and harmful alcohol-related consumption.

The type of alcohol is identified in the student population from first to eighth semester, taking into account some socio-demographic variables, applying the test Audit, questionnaire endorsed by the World Health Organization (WHO) (2001), developed for detecting excessive consumption of alcohol and, in particular, to help the nurse to identify whether the person has a consumption of risk, harmful use or alcohol dependence.

Emphasizing, consumption refers to any ingestion of alcohol, which can distinguish three types: Consumption of risk, which means that the individual who consumes alcohol has not experienced any kind of disorder; -Harmful consumption, drinking pattern which has already caused damage to health, and -the dependence, set of behavioral, cognitive and physiological phenomena that appear after regular consumption of alcohol.

Therefore, it is worth mentioning that the students in the area of health are the future health professionals responsible for health care to the community and should be a role model in terms of healthy lifestyles, which is why it is important to give them special attention, due to its exposure to a number of risk factors influencing the increase in consumption of alcoholic beverages.

Key words: alcohol, type of consumption, prevention, nursing.

Referencias

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). AUDIT, Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Tipo de consumo de alcohol en estudiantes del programa de enfermería de una universidad del sur occidente de Colombia en el periodo enero – junio de 2015

